

主治医先生御侍史

医療法人尽生会
聖和病院
院長 京 文靖

診療情報提供書作成のお願い

拝啓

時下、皆様にはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、貴院に通院中の患者様がこの度、当院介護保険による訪問リハビリテーションを希望されております。つきましては、誠に恐れ入りますが、下記の要領でこの患者様の診療情報提供書のご記入をお願い申し上げます。緊急時の場合や連携が必要な時などはご連絡をさせて頂きたく存じます。今後ともご迷惑をおかけすると思いますが何卒宜しくお願いいたします。

敬具

記

検査結果がない場合や、記載事項がない場合は空欄にしてください。

尚、ご不明な点がありましたら、下記までご連絡をお願いいたします。

〒534-0027

大阪市都島区中野町1-7-32

TEL：06-6352-2525

FAX：06-6352-2653

聖和病院

訪問リハビリテーション担当者

診療情報提供書

氏名 様 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳)
主な傷病名 (生活機能低下の原因となった傷病名)	診療開始日
1)	1) 昭・平 年 月 日
2)	2) 昭・平 年 月 日
3)	3) 昭・平 年 月 日
4)	4) 昭・平 年 月 日
既往歴	
合併症	
症状経過、検査結果及び治療経過	
現在の処方	
感染症 (所見無 検査不要 ・ 有) 肝炎 (HBs ・ HCV ・ -) MRSA (現在症状が無く検査不要 ・ + ・ -) 肺結核 胸部 X 線 (年 月) 所見 () 疥癬 (あり・なし)	
リスク管理	特記事項・注意事項 (リハビリの中止基準など)
緊急時の連絡先	

※情報提供の基礎となる直近の診療日：平成 年 月 日

医療法人 尽生会 聖和病院
訪問リハビリテーション
担当医 行

医療機関：
住所：
電話 (FAX)：

医師氏名：

印