

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通所リハビリテーションの利用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。また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っておりますが何卒宜しくお願いいたします。

敬具

### 記

1. 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。
2. 記載頂きました診療情報提供書は下記宛先へ郵送して頂くか、患者様へお渡し下さい。

尚、ご不明な点がございましたら、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1-4-3

TEL：06-6882-2111

FAX：06-6882-2122

聖和病院通所リハビリ

相談業務担当者

# 診療情報提供書（通所リハビリテーション）

氏名  様 男・女	生年月日 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）
主な傷病名 1) 2) 3) 4)	診療開始日 1) 昭・平・令 年 月 日 2) 昭・平・令 年 月 日 3) 昭・平・令 年 月 日 4) 昭・平・令 年 月 日
既往歴	
症状経過、検査結果及び治療経過	
現在の処方	
褥瘡 無・有 部位：	
高次脳機能障害 失語症 記憶障害 半側機能障害 遂行機能障害 無・有 注意障害 病識欠落 その他（ ）	
感染症 無・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（ ） 疥癬を含む皮膚疾患（ ）	
通所リハ ビリテー ションの 利用目的	必要と思われる事項に○をお願いします。 1 心身・ADL能力維持向上 2 活動性維持向上 3 家族の介助量軽減 4 生活の活性化 5 言語療法 6 その他
リスク 管理	特記事項・注意事項（リハビリの中止基準など） 1. 血圧管理 2. 脈拍管理 3. 血糖症状注意 4. その他
緊急時対応	1 主治医に連絡 2 聖和病院の判断で対応 3 聖和病院の判断で対応後主治医に連絡
その他 特記事項	

上記の利用者の診療情報を提供するとともに、通所リハビリテーションの利用を認めます。

令和 年 月 日

医療法人 尽生会 聖和病院  
通所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