

診療情報提供書（訪問リハビリテーション）

令和 年 月 日

【紹介先】

医療法人社団 信愛会 瀬戸整形外科クリニック
瀬戸 信一郎 宛

【紹介元】

医療機関の名称：
所在地：
電話番号：
担当医師：

印

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
患者氏名		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日（ 歳）
診断名		障害名	
治療経過 及び 治療内容			
現在の 処方			
現在の状態（心身機能・活動）／リハビリ目標等			
リハビリ中止基準（血圧・脈拍・体温など）			
禁忌及び注意事項、負荷時のリスク（制限がある場合には具体的にお願いします）			
その他コメント			