

診療情報提供書

※採血データがある場合は添付してください

フリガナ		男 ・ 女	明治			
氏名	様		大正	年	月	日
昭和 ()歳						
<傷病名>						
<既往歴及び経過>						
<感染症の有無>						
□有() □無 □不明						
<服薬内容>						
<リハビリテーションについて>						
リハビリの必要性 □有 □無						
留意事項(バイタルサイン・禁忌事項等):						
※理学療法士・作業療法士等が居宅を訪問し、運動機能検査、作業能力検査などを行なうことに						
□同意する □同意しない						
<入浴について>						
入浴の実施 □可 □不可						
留意事項(バイタルサイン・湯温・作業時間等):						
<その他サービス利用上の注意点>						
ご意見を頂きました情報提供書について、サービス提供事業者に写しを交付しても						
よろしいでしょうか。 □同意する □同意しない						
令和 年 月 日						
所在地						
医療機関名						
医師名 印						