

診療情報提供書（訪問リハビリテーション）

令和 年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療法人海星会
東逗子整形外科クリニック
院長 宮坂 康之 宛
〒249-0004
神奈川県逗子市沼間3-8-15
TEL 046-870-6677
FAX 046-870-6678

医療機関
住 所
電話番号
医師氏名 印

患者氏名	生年月日
性別：男・女	M・T・S 年 月 日（ 歳）
患者住所	
紹介目的	
訪問リハビリテーションの継続	
主たる傷病名（発症日）	
症状経過・治療経過・既往歴・現在の処方薬（簡単に構いません）	
☐ 前回と変わらず	
リハビリテーション実施上の注意事項・中止基準・その他特記すべき留意事項	

上記患者の診療情報を提供いたします。