主治医 殿

介護老人保健施設 とちぎの郷

通所リハビリテーション

診療情報提供書 記入のお願い

　拝啓

平素は格別のお引き立てを頂き、厚く御礼申し上げます。

　　貴院にてご加療中の患者様が、当通所リハビリテーション（デイケア）の利用を希望されております。利用開始にあたり、次項の診療情報提供書をご記載いただき、現在の状態について情報提供くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

　　また、当通所リハビリテーションの窓口は下記の通りとなっております。ご不明な点等ございましたら、ご連絡いただけますよう重ねてお願い申し上げます。

敬具

記

１．連絡先

　　　　一般財団法人　とちぎメディカルセンター

　　　　介護老人保健施設　とちぎの郷

　　　　　　　　　　住所：〒328-0043　栃木県栃木市境町27-21

　　　　　　　　　　電話：0282(21)8290　　FAX：0282(21)8291

　　　２．窓口

　　　　　　　相談員：安藤　美明（社会福祉士）

　　　　　　　責任者：新井　貴子（理学療法士）

　　　３．その他

　　　　　　　頂いた情報は、当施設の利用目的以外には使用いたしません。

診療情報提供書（通所リハビリテーション）

介護老人保健施設　とちぎの郷

通所リハビリテーション　担当医　宛

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者名：  　様 | 男  ・  女 | 明・大・昭　　年　　月　　日生  （　　　　歳） |
| 診断名： | | |
| 現在の状態（検査結果・治療経過）：　※画像診断や検査記録等がございましたら添付してください。 | | |
| 既往歴： | | |
| 現在の処方：　※処方箋のコピーでも結構です。 | | |
| 特記すべき留意事項：　※リハビリ施行上の注意点・禁忌事項等あればご記入ください。  　　　　　　　　　　　　また、感染症等があればご記入ください。 | | |

|  |
| --- |
| 以上の通り、リハビリテーションを依頼いたします。  　　　年　　　月　　　日  医療機関名及び所在地  電話番号  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |