

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

責任者：麻田 美和（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：	男 ・ 女	明・大・昭 年 月 日生  ( 歳)
様		
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
印