

診療情報提供書

紹介先医療機関名：イムス佐原リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション事業所
リハビリテーション科 担当医：富永 滋

フリガナ		性別		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)																				
氏名		男・女																											
住所																													
主たる傷病名		障害名																											
現在の病状 治療状態																													
合併症																													
既往歴																													
特記すべき留意事項	<input type="checkbox"/> 血圧 中止基準 _____ mmHg以上 / _____ mmHg以下 <input type="checkbox"/> その他の症状 _____ <input type="checkbox"/> 禁忌・注意事項 _____																												
投薬状況	<table border="1"><thead><tr><th>薬品名</th><th>用法・容量</th><th>薬品名</th><th>用法・容量</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>* 投薬状況は、ご記入が大変であれば別紙にて頂ければ幸いです。 * 血液検査実施時は別紙にて頂ければ幸いです。</p>									薬品名	用法・容量	薬品名	用法・容量																
薬品名	用法・容量	薬品名	用法・容量																										
備考																													

上記のとおり、利用者様の訪問リハビリテーションに向けた情報を提供します。

令和 年 月 日

病院名：

住所：

電話：

担当医師名：