

診療情報提供書

[紹介先]

小名浜生協病院 遠藤 剛 先生御侍史

[紹介元]

医療機の所在地 :

及び名称 :

電話番号 :

医師氏名 :

印

氏名	
性別	生年月日
電話番号	
住所	
主病名	
紹介目的	
既往歴	
現在の病状、検査結果及び治療経過	
現在の処方	
訪問リハビリテーション実施の留意点（□にチェックをお願いします）	
<input type="checkbox"/> 転倒、骨折 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 脈拍 <input type="checkbox"/> 酸素量（安静： L 動作： L ）	
<input type="checkbox"/> 酸素飽和度（ %） <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ペースメーカーあり	
<input type="checkbox"/> その他、負荷量など：	
特記事項	

上記の利用者の診療情報を提供するとともに、訪問リハビリテーションを依頼いたします。

年 月 日