

# 診療情報提供書

紹介先医療機関名 医療法人社団 栄仁会 黒川胃腸科外科クリニック（訪問リハビリ）

リハビリステーション みどりの郷（通所リハ）

年 月 日

<small>(フリガナ)</small> 氏名		男 様 ・ 女	生年月日 M T S	年 月 日 ( 歳)
直近の診療日				
年 月 日				
連絡先氏名 (1)		住所		
TEL ( ) -				
連絡先氏名 (2)		住所		
TEL ( ) -				
傷病名				
発症 年 月				
現在の状態 予防 (要支援 1・要支援 2) 介護 ( 1・2・3・4・5 申請中)				
_____ _____ _____				
既往及び注意事項				
_____ _____ _____				
感染症 ( 有 ・ 無 )				
_____ _____				
指示内容				
1・入浴 ( 可 ・ 不可 )				
2・歩行訓練 _____		5・筋力増強訓練 _____		
3・可動域訓練 _____		6・消炎・鎮痛 _____		
4・ADL 訓練 _____		7・その他 _____		
指示内容 口腔機能向上サービス				
口腔ケア ( 必要・不要 ) 注意事項				
_____ _____				
備考				
_____ _____				

紹介元医療機関名  
 住所  
 電話・FAX  
 医師氏名

印