主 治 医 御机下

貴院にてご医療中の患者様が、当施設の通所リハビリテーション利用を希望されておりますので、開始にあたり以下内容を語記載頂き現在の状態について情報提供をくださいますよう、よろしくお願い申し上げます。
なお、この情報は当施設の利用目的以外には使用致しません。

医療法人財団　東京勤労者医療会　みさと協立診療所　通所リハビリテーション

診療情報提供書

利用者氏名		男　・　女
	大　・　昭　・　平	年　　月　　日

（1）診断名及び発症年月日

1、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	発症年月日（昭・平・令　　年　　月　　日頃）
2、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	発症年月日（昭・平・令　　年　　月　　日頃）
3、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	発症年月日（昭・平・令　　年　　月　　日頃）

（2）既往歴

リハビリ実施

リハビリ実施　□可　　　□否
リハビリを行う際の注意事項及び禁忌

(4)備考

上記の通り報告します。　　　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関名

電話番号

医療氏名

印