

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関等名

担当医 埼玉東部診療所 金森 幸男

紹介元医療機関等の所在地及び名称

医師氏名

印

患者氏名	性別	男・女
患者住所		
電話番号	職業	
生年月日	M・T・S・H	年 月 日 ( 歳 )

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）	
既往歴及び家族歴	
紹介目的 訪問リハビリテーションの実施	感染症の有無（有る場合は具体的に記載してください） 無・有（ ）
症状経過、検査結果及び治療経過	
現在の処方、処置等	
現状の問題点・課題（今後予想されるリスク）	
備考	

- 備考
- 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
  - 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。