

診療情報提供書

(通所リハビリテーション)

氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日生
住所	電話番号
現病（検査結果を含む）	
投薬・処置等	
感染症 ワ氏定性（ ） HBs 抗原（ ） HCV 抗体（ ） MRSA（ ） 疥癬など皮膚疾患（ ）	
既往歴	
平常時の血圧・脈拍 血圧 / mmHg、 脈拍 /min(整・不整)	
入浴時の注意点	
リハビリテーションへの指示及び注意点	
令和 年 月 日	医療機関名 住 所 電 話 番 号 FAX 医 師 名 