

担当医先生御机下

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

今回、通所リハビリテーションサービス開始につきまして、担当医の先生より退院後のリハビリをするにあたっての注意点等伺いたく別紙「診療情報提供書」を同封させていただきます。大変お忙しい中恐縮ですが作成して頂きたくお願い申し上げます。

この他、何かご不明な点がございましたらご連絡ください。
今後ともどうぞ宜しくご指導お願い申し上げます。

令和 年 月 日

大井リハビリテーションクリニック

通所リハビリテーション

〒509-7201 恵那市大井町神徳 1002 番地 4

TEL 0573-20-3232

FAX 0573-20-3233

院長 田崎 法昭

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け
診療情報提供書

患者氏名		(男 ・ 女)
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日
主たる傷病名		
リハビリ施行上でのリスク・注意点 (あり ・ なし) リスク・注意点がある場合は内容をお書き下さい		
その他連絡事項		
以上の通り、リハビリテーションを依頼します		
		令和 年 月 日
医療機関名		
所在地		
電話番号		
医師氏名		印
大井リハビリテーションクリニック	通所リハビリテーション	担当医 殿