診療情報提供書

医療法人社団東光会　戸田中央リハビリテーション病院 担当医殿

年　　月　　日

紹介元医療機関　　所在地　　：

名称　　：

電話番号　：

診療科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者氏名：	性別：
生年月日：　　年　　月　　日　（　　歳）	
住所　　：	
電話番号：	

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名）	既往歴・合併症
症状経過・検査結果・治療経過（投薬状況）	
装着・使用医療器具等 ☐ 酸素療法　（安静時　　L　動作時　　L） ☐ 人工呼吸器　（設定　　） ☐ 気管カニューレ　☐ 中心静脈栄養　☐ 経管栄養　☐ 留置カテーテル ☐ ドレーン ☐ ペースメーカー　☐ 人工肛門　☐ 人工膀胱 ☐ その他（　　）	
リスク・注意事項・特記事項（リハビリテーション実施時の留意点）	