

# 診療情報提供書

(通所・短期入所・訪問リハビリ用)

(予防通所・予防短期入所・予防訪問リハビリ用)

提供先医療機関名：介護老人保健施設

甲府南ライフケアセンター

医師 土屋 幸治 様

年 月 日

医療機関名：所在地

名称

医師氏名

印

|                    |     |     |      |       |      |   |   |   |
|--------------------|-----|-----|------|-------|------|---|---|---|
| 患者氏名               |     | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭 | 年    | 月 | 日 | 歳 |
| 住 所                |     |     |      |       | 電話番号 |   |   |   |
| 身 長                | c m |     | 体 重  | k g   |      |   |   |   |
| 傷 病 名              |     |     |      |       |      |   |   |   |
| 既 往 歴              |     |     |      |       |      |   |   |   |
| 病状経過及び<br>検査結果等    |     |     |      |       |      |   |   |   |
| 治療経過               |     |     |      |       |      |   |   |   |
| 現在の処方              |     |     |      |       |      |   |   |   |
| 食事に関する<br>注意事項     |     |     |      |       |      |   |   |   |
| リハビリに関する<br>注意事項   |     |     |      |       |      |   |   |   |
| 入所・通所者に<br>関する注意事項 |     |     |      |       |      |   |   |   |

上記の者について、現時点での介護老人保健施設における短期入所・通所サービス・訪問リハビリの利用にあたって問題が (ある ・ ない) と認めます。

※貴院の提供書をご使用頂いても構いません。但し、投薬についての情報をお願いいたします。

介護老人保健施設 甲府南ライフケアセンター 通所リハビリテーション

