診 療 情 報 提 供 書（通所リハビリテーション用）

フリガナ	生年月日	性別
利用者氏名	Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日（　　歳）	男 ・ 女

主病名	□コピー添付可

胸部レントゲン （必要時のみ）	□異常なし　□異常あり

投薬内容	□コピー添付可

	血圧ライン	心拍数ライン
リハビリ時の注意点	／　　で中止	回／分以上で中止

通所リハビリテーション利用	□問題なし □問題あり □感染症 （　　） □禁忌事項（　　） □その他 （　　）

上記のとおり診断いたします

年　　月　　日

所 在 地
医療機関名
医 師 名　　印

介護老人保健施設　志木瑞穂の里