

訪問リハビリテーション診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名 医療法人社団伸進会 横浜権太坂中央クリニック 担当医殿

紹介元医療機関の所在地

電話番号及び名称

医師氏名

印

患者氏名	電話番号
生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦	年 月 日 年齢 歳
住所	

傷病名・主疾患名
紹介目的
既往歴
現在の病状及び検査結果
病状の経過及び治療経過
現在の処方
禁忌および注意事項（中止基準がある場合は具体的にご記載ください）、その他備考等