意　　見　　書

通所リハビリテーション利用にあたり、診療情報をご提供いただきますようお願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | （ふりがな） | 性　別 | 男　・　女 |
|  |
| 生年月日 | 大　・　昭　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　歳 |
| 診断名 及び発症年月日 | 症状経過 |
| 服薬状況 |
| リハビリテーションに対する意見 |
| その他 注意事項 |
| 上記の通り照会します。　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

介護老人保健施設　出石愛の園