

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いたします。
介護老人保健施設 出石愛の園

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			