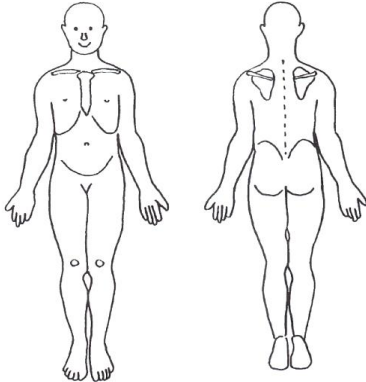


診療情報提供書

ふりがな 患者氏名		(男・女)	M・T・S	年	月	日生 歳
患者住所	〒	電話番号	()	—	()	—
診断名	1	発症年月日	昭和.平成	年	月	日頃
	2	発症年月日	昭和.平成	年	月	日頃
	3	発症年月日	昭和.平成	年	月	日頃
経過概要 (病状・治癒状態)						
現在の処方						
サービス提供時における留意事項 (注意事項・禁忌など)			認知症高齢者の生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 障害高齢者の生活自立度 (自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)			
1	関節可動域訓練					
2	筋力増強訓練					
3	基本動作訓練					
4	歩行訓練					
5	ADL訓練					
6	その他					

上記の通り、診療情報の提供及びリハビリテーションの実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

医師氏名

印