**診療情報提供書**

**紹介先医療機関名　医療法人社団 栄仁会　　黒川胃腸科外科クリニック（訪問リハビリ）**

**リハビリステーション みどりの郷（通所リハ）**

**年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **男****様　 ・**　　　　　　　　　　　　　　　　　　**女** | **生年月日****Ｍ Ｔ Ｓ****年　　月　　　日（　　　歳）** |
| **直近の診療日****年　　　　月　　　　日** |
| **連絡先氏名（1）　　　住所****TEL（　　　）　　－** |
| **連絡先氏名（2）　　　住所****TEL（　　　）　　－** |
| **傷病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発症　　　年　　　月** |
| **現在の状態　　予防（要支援1・要支援2）　介護（ 1・2・3・4・5　申請中）** |
| **既往及び注意事項****感染症（　有　・　無　）** |
| **指示内容****1・入浴　　（　可　・　不可　）****2・歩行訓練　 　　　　　　　　　　　　　　5・筋力増強訓練****3・可動域訓練 　　　　　　　　　　　　　　6・消炎・鎮痛****4・ADL訓練　　　　　　　　　　　　　　　7・その他** |
| **指示内容　口腔機能向上サービス****口腔ケア（　必要・不要　）　　注意事項** |
| **備考** |

**紹介元医療機関名**

**住所**

**電話・FAX**

**医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**