

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

情報提供先事業所

医療法人医和生会山内クリニック 通所リハビリテーション

担当医 山内 俊明 先生 殿

紹介元医療機関の所在地および名称

電話

FAX番号

医師氏名

印

患者氏名		性別	
患者住所	いわき市		
電話番号	0246 ( ) 番		
生年月日	年 月 日 ( 歳)	職業	

診療情報提供の目的：通所リハビリテーションの利用			
傷病名 生活機能低下の原因になっているもの			
①	発症日：昭和・平成	年 月 日	
②	発症日：昭和・平成	年 月 日	
その他の傷病名			
傷病の経過及び治療状況			
診療形態 外来・訪問診療・入院（入院日：）			
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点			
処方			
障がい者の生活自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M			