

診療情報提供書（紹介状）

氏名	(ふりがな)	男	生年月日							
		女	明・大・昭	年	月	日				
	〒	—								
現住所	TEL () —									
診断名 既往歴 現病歴										
身長	cm	体重	kg	血圧	/					
内服薬										
介護度	申請中 自立 要支援 要介護 (1 2 3 4 5)									
精神の状態	障害自立度	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	認知症自立度	自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	問題行動等 特記事項									
リハビリ	リハ目的・開始前、実施中の留意事項・中止基準・負荷量等 ありましたら、お願いします。									
栄養指示	療養食・アレルギー等 ありましたら、お願いします。									
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 医師名 印</p>										

医療機関
担当医先生 各位

介護老人保健施設 兵庫みどり苑
施設長 依藤 史郎

診療情報提供書ご依頼のお願い

時下、ますますご精祥のこととお慶び申し上げます。

平素より当苑の短期入所、デイケアの利用を御指示頂き、
大変有難うございます。

従来、当苑では短期入所、通所リハビリテーションの利用に際し、
利用者様の体調監視や急変時の対応に資する為、利用者様の診療情
報提供（最近の血液データを含む）をお願いす致します。

大変ご面倒をおかけしますが、診療情報提供にご協力頂き、ご利用
者さまの生活援助の為、貴院との連携を強めたいと思いますので、よ
ろしくお願い申し上げます。