

# 診療情報提供書

氏名	様	男	生年月日			
		女	明・大・昭	年	月	日生（歳）
主病名（発症時期）						
既往歴（発症時期）及び病状・病状経過						
処方薬						
リスク管理						
リハビリテーション中止血圧（目安）：						
通所リハビリテーション利用にあたっての特記事項・注意事項						

介護老人保健施設 アルカディア  
通所リハビリテーション

令和 年 月 日

医療機関等名

所在地

TEL

医師名

印