

主治医 殿

川崎医療生活協同組合
介護老人保健施設 樹の丘
施設長 喜瀬 守人
電話 044-820-0350
FAX 044-820-1350

診療情報提供書作成のお願い

平素は格別のご厚意にあずかり、厚く御礼申し上げます。

さて、貴院にてご加療中の患者様が、現在私共の通所リハビリを利用されております。

つきましては、ご多忙の中恐れ入りますが、現在治療中の内容につきまして、診療情報提供書をご記載いただき、情報提供いただきますよう、お願いいたします。

特にリハビリ指示に関するご意見や、1日型利用の場合は、入浴に関する留意事項につきましても、ご教授いただければ幸いです。

記

診療情報提供書 … 1通

書式は、貴医療機関でご利用されている様式のもので構いません。

宛名は、「介護老人保健施設樹の丘 施設長 喜瀬 守人」でお願いします。

必要に応じて、画像診断のフィルム、検査データを添付お願いします。

できましたら、最新の採血データをいただけると幸いです。

以上

FAX 送付状

_____様

川崎医療生活協同組合
介護老人保健施設 樹の丘
施設長 喜瀬 守人
電話 044-820-0350
FAX 044-820-1350
(受付担当者 通所リハビリ 大瀬良)

診療情報提供書作成のお願い

平素は格別のご厚意にあずかり、厚く御礼申し上げます。

さて、この度当施設通所リハビリの指示内容を改めて見直しさせていただくために、現在通院中の医療機関からの情報提供をお願いしております。

直接担当介護支援専門員様の方で、担当医より病状やリハビリ指示内容についてご確認いただき、私共に情報提供いただく形でも構いません。

もしくは、下記の書類につきまして、かかりつけ医にご依頼いただきますよう、よろしく申し上げます。

記

診療情報提供書 … 1通

現在通院中のかかりつけ医療機関からもらって下さい。書式は、各医療機関のもので構いません。宛名は、「介護老人保健施設樹の丘 施設長 喜瀬 守人」でお願いします。
以上