

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、私共の通所リハビリの利用を希望されております。

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を検討させていただき、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ください。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