

様式4 (医療機関用)

紹介医の意見 (診療情報提供書)

栃木県立リハビリテーションセンター

科

先生

平成 年 月 日

患者氏名：	生年月日	性別：男・女
	明・大・昭・平	年 月 日
診断名：(主病名)	発症日	年 月 日
合併症：高血圧－＋ 糖尿病－＋ 褥瘡－＋ その他 ()		
現病歴		
既往歴・家族歴		
臨床所見・治療経過		
尿失禁－＋ 便失禁－＋ カテーテル－＋ 点滴－＋ 栄養チューブ－＋ 気切－＋		
検査所見 WBC Hb PLT GOT GPT TP Alb BUN Cr CRP ㊦氏 ー＋ HBV ー＋ HCV ー＋ MRSA ー＋ 検出 部位 () その他 リハビリテーション既往 1 あり 期間： 病院名： 2 なし		
現在の処方		
紹介目的とそれについての意見		
入院の場合の退院先：自宅 (同居・一人暮らし)・病院・施設・未定		
病院名 所在地 〒 (科) 医師名 印 (電話)		

※記入欄が不足する場合は、任意の用紙に記載の上添付してください。

※貴院で使用されている様式をもって代替えされても差し支えありませんが、入院を希望される場合は本書をご使用くださるようお願いいたします。

〈送付先〉 〒320-8503 栃木県宇都宮市駒生町 3337-1 栃木県立リハビリテーションセンター

医事課 初診予約担当宛て (TEL028-623-7051)