

紹介先医療機関
医療法人ユア・メディック
よりしま内科外科医院 頼島 敬 宛

紹介元医療機関(住所・電話番号等)

担当医 :

患者氏名 :	性別 : 男 ・ 女
患者住所 :	
電話番号 :	
生年月日 : 明 ・ 大 ・ 昭	年 月 日 (歳)

<input type="radio"/> 傷病名

<input type="radio"/> 現在のADLについてご教示下さい
--

<input type="radio"/> 現在の処方 (別紙コピーでも結構です)
<input type="checkbox"/> 処方箋の写し
<input type="checkbox"/> お薬手帳参照
<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書参照

<input type="radio"/> リハビリテーション実施時の注意点
--

<input type="radio"/> 特に気を付けることなどあればお願いします
--