

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)

○ 傷病名

○ 現在のADLについてご教示下さい

○ 現在の処方 (別紙コピーでも結構です)

処方箋の写し

お薬手帳参照

薬剤情報提供書参照

○ リハビリテーション実施時の注意点

○ 特に気を付けることなどあればお願いします