

担当医先生御机下

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

今回、通所リハビリテーションサービス開始につきまして、担当医の先生より退院後（術後）のリハビリをするにあたっての注意点等伺いたく別紙「診療情報提供書」を同封させていただきます。大変お忙しい中恐縮ですが作成して頂きたいようお願い申し上げます。

この他、何かご不明な点がございましたらご連絡ください。

今後ともどうぞ宜しくご指導お願い申し上げます。

大井リハビリテーションクリニック  
通所リハビリテーション  
〒509-7201 岐阜県恵那市大井町 1002 番地 4  
TEL 0573-20-3232  
FAX 0573-20-3233  
院長 太田 進

# 診療情報提供書

患者氏名		( 男 ・ 女 )
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日
主たる傷病名		
リハビリ施行上でのリスク・注意点 ( あり ・ なし ) リスク・注意点がある場合は内容をお書き下さい		
その他連絡事項		
以上の通り、リハビリテーションを依頼します		
		令和 年 月 日
医療機関名		
所在地		
電話番号		
医師氏名		印
大井リハビリテーションクリニック 通所リハビリテーション		担当医 殿