診 療 情 報 提 供 書

紹介先医療機関等名　　埼玉みさと総合リハビリテーション病院

先生　御侍史

年　　月　　日

紹介元医療機関

〒

TEL　　FAX

医師氏名　　科　　印

患者氏名			性　別	
患者住所			電話番号	
			入院日	
生年月日		ID番号	退院日	

傷病名	
紹介目的	
既往歴	
症状経過	
治療経過及び検査結果	
現在の処方	
備　考	

退院時状況	転　帰	退院先	入院時 FIM	退院時 FIM	