**（株）日立製作所ひたちなか総合病院　回復期リハビリテーション病棟診療情報提供書**

　　年　　　月　　　日

紹介先医療機関　（株）日立製作所ひたちなか総合病院　回復期リハビリテーション担当医殿

紹介元医療機関

所在地

電話番号

医師名

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　様　　　　年　　　月　　　日生（　　歳）　性別：　男　・　女 | |
| 患者住所 | |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職業： | |
| 患者番号 | |
| 紹介目的 |  |
| 傷病名／障害名 |  |
| 既往歴および　家族歴 |  |
| 病状経過および検査結果 |  |
| 現在の処方 |  |
| 感染症の有無 | 無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

最新の画像診断のCD‐Rおよび検査結果、手術記録を添付してください。