診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名：筑波大学附属病院スポーツ医学・健康科学センター

担当医師：整形外科

殿

紹介元医療機関の所在地：

名称：
電話番号：
診療科名：
医師氏名：

患者	氏名	
	住所	
	電話番号	
	生年月日	

主訴または病名	
既往歴及び家族歴	

症状経過	
------	--

スポーツ医学健康科学センターアスリハ部門にて実施を希望する内容
☐ アスレティック・リハビリテーション ☐ コンディショニング等 ☐ ホームプログラム指導 ☐ 競技パフォーマンス向上 ☐ 健康問題の改善

紹介元医療機関での次回再診日
☐ あり： 月 日 ☐ 未定 ☐ なし

確認事項（当院でアスレティックリハビリテーションを実施するために必須項目となります）
☐ 実用的な日常生活における諸活動が、自立していると判断する

紹介元医療機関での画像検査有無
☐ X-ray ☐ MRI ☐ CT
※検査結果を同封していただけますと幸いです。

本院医師への引き継ぎ
☐ 済 (医師)
☐ 未 ※SMIT担当医を当センター主治医とさせていただきます。

備考	
----	--