

筑波大学附属病院
訪問リハビリテーション診療情報提供書 依頼書

【利用者情報】

申込日 令和 年 月 日

依頼種類	☐ 新規 ※新規の場合は導入の目的・指示が必要な内容をご記入ください ☐ 継続		
主治医	科		医師
フリガナ		生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 ☐ 西暦 年 月 日
患者氏名	様		
今回の指示開始日	令和 年 月 日	次回受診日	令和 年 月 日

【利用事業所情報】 診療情報提供書作成後、訪問リハビリ事業所に郵送いたします

名称		担当者	
住所	〒 電話番号 ()		

【依頼者】 上記利用事業所以外の方からご依頼の場合、ご記入ください

居宅事業所等の名称			
電話番号		担当者	

【連絡事項】

--

上記事項をご記入のうえ、FAXまたは郵送でご依頼ください

【FAX送信先】 029-853-3584(直通)

【郵送先】 〒305-8576 茨城県つくば市天久保2丁目1-1
筑波大学附属病院 医療連携患者相談センター
訪問看護指示書担当

報告書もこちらにご郵送願います

【お問い合わせ先】 029-853-3906(直通)