

リハビリテーション診療情報提供書 申込用紙

新規 ・ 継続

申込日: R 年 月 日

患者名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
ID		主治医	科 Dr.
事業所名	電話:		
受取方法	窓 口 ・ 郵 送 ※郵送希望の際は下記枠に宛先などを記載の上、申込お願いします		
リハビリ目的			
訓練希望	※ 必ず各項目にチェックを入れてください。 ☐ 関節可動域訓練 ☐ 筋力増強訓練 ☐ 基本動作(寝返り・起き上がり・座位)訓練 ☐ 歩行・段差昇降訓練 ☐ 日常生活動作訓練 ☐ 摂食嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ その他:		
備考	※必須項目等ある場合、必ず記載してください。		

鳥取市立病院 地域医療総合支援センター
患者サポートセンター 地域連携係

キリトリ

郵送を希望される際は、下記へ必要事項の記載をお願いします
記載のない場合は窓口交付と致します

〒680-8501

鳥取県鳥取市の場1丁目1番地

鳥取市立病院

地域医療総合支援センター

患者サポートセンター 地域連携係 行

リハビリ診療情報提供書申込用紙在中

〒 (郵便番号)

(住所)

(宛先)

御中

リハビリ診療情報提供書在中

記載が困難な場合や所定の封筒があれば、宛先が記入された返信用封筒をご準備・ご持参いただいても構いません