年　　月　　日

社会医療法人博愛会

開西病院

　　　　　　　　　　先生　御机下

**様　の**

**訪問リハビリテーションについて**

平素より大変お世話になっております。

この度、貴院に通院されております上記対象者様について、貴事業所での訪問リハビリテーションの利用を検討しております。お忙しいところ恐縮ですがご高診いただきご指示をお願いいたします。

【現在の状況】

訪問リハビリテーションを実施、継続するにあたり、3ヶ月ごとの診察が必要となります。ご多忙とは存じますが、よろしくお願い致します。

　ご不明な点がございましたら、お手数ですが下記までご連絡ください。

居宅介護支援事業所名：

担当者名：介護支援専門員

連絡先　　　　電　話：

　　　　　　　ＦＡＸ：