

訪問リハビリテーション診療情報提供書

ふりがな	男	生年月日	(歳)	電話番号
利用者名	女	明・大・昭	年 月 日	
住所				
主な傷病名 (生活機能低下の原因となった傷病名)				
1)				
2)				
3)				
既往歴				
症状経過、検査結果及び治療経過				
処方薬				
装着・使用医療器具等 (番号に○)				
1、自動腹膜灌流装置	2、透析液供給装置	3、酸素療法	4、吸引器	
5、中心静脈栄養	6、輸液ポンプ	7、経管栄養	8、留置カテーテル	
9、人工呼吸器	10、気管カニューレ	11、ドレーン	12、人工肛門	
13、人工膀胱	14、ペースメーカー	15、その他		
注意事項・特記すべき留意事項				
訪問リハビリ紹介目的・内容(複数選択可) [リハビリテーション内容]				
<input type="checkbox"/> 関節拘縮の予防・改善		<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練		
<input type="checkbox"/> 基本動作訓練		<input type="checkbox"/> 座位・起立保持訓練		
<input type="checkbox"/> 歩行・移動訓練		<input type="checkbox"/> バランス訓練		
<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練		<input type="checkbox"/> その他()		
感染症 (所見無 検査不要 ・ 診断書に表記 ・ 有)				
疥癬 (あり ・ なし)		肝炎 (HBs ・ HCV ・ -)		
MRSA (現在症状が無く検査不要 ・ + ・ -)				
肺結核 胸部 X 線 (年 月) 所見 ()				
上記の利用者の診療情報を提供するとともに、訪問リハビリテーションを実施してください				
医療法人社団緑彩会 横浜田園都市病院		平成	年	月 日
訪問リハビリテーション		医療機関名		
訪問リハビリ指示医 宛		住所		
		電話		
		医師氏名		
				⑩