

訪問リハビリテーション診療情報提供書・指示書

(貴院での直近診療日:平成 年 月 日) リハビリテーション指示期間(H 年 月 日 ~H 年 月 日)

ふりがな 利用者名		男 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所	〒			電話番号 ()
主な傷病名 (生活機能低下の原因となった傷病名)		診療開始日		
1)		1) 昭・平 年 月 日		
2)		2) 昭・平 年 月 日		
3)		3) 昭・平 年 月 日		
既往歴				
合併症				
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. ネブライザー 2. 酸素療法 3. 吸引器 4. 経管栄養 5. 留置カテーテル 6. 気管カニューレ 7. ペースメーカー 8. その他 ()				
注意事項・特記すべき留意事項				
訪問リハビリテーションの紹介目的・指示内容 紹介目的 () 1. 身体機能訓練 2. 日常生活動作訓練 3. 介護指導 4. その他 具体的な指示内容 ()				
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 ・ ー) MRSA (現在症状が無く検査不要 ・ + ・ ー) 肺結核 胸部X線 (年 月) 所見 () その他 ()				
緊急時連絡先	1. 主治医 (電話番号 :) 2. その他 (連絡先名称及び電話番号)			

上記の通り、診療情報・指示書を提供いたします

平成 年 月 日

住 所
病院名
医師氏名