

訪問リハビリテーション診療情報提供書（初回・継続）

紹介先：介護老人保健施設まんさくの里 施設長 疋田順之

ふりがな 利用者氏名		男 女	生年月日	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)			診察開始日	
1)				1)昭・平・令 年 月 日
2)				2)昭・平・令 年 月 日
3)				3)昭・平・令 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 (処方箋コピー可)				
装着・使用医療機器等 (該当する項目に○をつけてください)				
1. 酸素療法 2. 吸引器 3. 経管栄養 4. 留置カテーテル 5. 気管カニューレ 6. ペースメーカー 7. その他()				
リハビリテーション実施の際の留意事項、中止基準、負荷等				
リハビリテーションの紹介・継続目的、指示内容 (該当する項目に○、または記載ください)				
紹介・継続目的				
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 無 ・ 有 ()				
緊急時連絡先				

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依頼致します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印