

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関
医療法人社団生和会
彩都リハビリテーション病院
訪問リハビリテーション担当医

紹介元医療機関
医療機関名
住所
電話
医師氏名

印

患者氏名:	性別:
患者住所:	電話番号:
生年月日:	

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーションの導入 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーションの継続 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------------	--

合併症及び既往歴

症状経過、検査結果及び治療経過(今後予測されるリスク)

現在の処方

訪問リハ実施上の禁忌・リスク管理
<input type="checkbox"/> 血圧の変化 収縮期()以上で中止 拡張期()以上で中止 ()以下で中止 ()以下で中止
<input type="checkbox"/> 体温の異常 ()度以下で中止 ()度以上で中止
<input type="checkbox"/> 酸素飽和度 ()%以下で中止
<input type="checkbox"/> 脈拍の異常 ()以上で中止 ()以下で中止
<input type="checkbox"/> 易骨折性 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 特記事項なし

本人及び家族のリハビリテーションに対する目標
<input type="checkbox"/> 特記事項なし

現状の問題点・課題
<input type="checkbox"/> 特記事項なし

備考

- 1.訪問リハビリテーションの情報提供書は3か月毎の記載が定められております。
- 2.必要がある場合は続紙に記載してください。
- 3.必要がある場合は画像診断のフィルム・データ、検査の記録を添付して下さい。
- 4.患者住所及び電話番号は可能な限り記入をして下さい。