

# 診療情報提供書

西暦 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
-------

訪問リハ実施上の中止基準・禁忌・リスク管理 <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 血圧 ( ) <input type="checkbox"/> 体温 ( ) <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 ( ) <input type="checkbox"/> 脈拍 ( ) <input type="checkbox"/> 易骨折性 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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して下さい。