

診療情報提供書 及び リハビリテーション依頼書

紹介先医療機関等名

令和 年 月 日

主体会病院 訪問リハビリテーション
担当医 中村 勇夫 殿

紹介元医療機関の所在及び名称

医師氏名

印

| | |
|------|----------------------|
| 患者氏名 | 性別：男・女 |
| 患者住所 | |
| 電話番号 | 職業： |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) |

| | |
|--|---------------------|
| 主たる傷病名 | |
| 既往歴及び家族歴 | 感染症の有無 無・有() |
| 訪問リハビリテーションの目的 <input type="checkbox"/> 日常生活活動の改善 <input type="checkbox"/> 社会参加活動の改善 <input type="checkbox"/> QOLの改善 <input type="checkbox"/> 身体機能の改善 <input type="checkbox"/> その他 () | ※以下の目的項目に☑をお願い致します。 |
| リハビリテーション実施の際の留意事項、中止基準、負荷、生活上の課題等 | |

| | |
|--------------------------------------|--|
| リハビリテーション依頼内容 ※以下の依頼項目に☑をお願い致します。 | |
| 評価 | <input type="checkbox"/> 身体機能評価 <input type="checkbox"/> 高次脳機能評 <input type="checkbox"/> 日常生活活動評価 <input type="checkbox"/> 認知症評価 |
| 対応・練習 | <input type="checkbox"/> 身体機能練習 <input type="checkbox"/> 高次脳機能練習 <input type="checkbox"/> 日常生活活動練習 <input type="checkbox"/> 認知機能練習 <input type="checkbox"/> 介助・介護指導 <input type="checkbox"/> 疼痛緩和 <input type="checkbox"/> その他() |

| | |
|-----------------|--|
| 症状経過、検査結果及び治療経過 | |
|-----------------|--|

| | |
|--------|--------|
| 現在の処方薬 | 変更：有・無 |
|--------|--------|

| | |
|---------|---------|
| 緊急時の連絡先 | 不在時の対応法 |
|---------|---------|

| |
|----|
| 備考 |
|----|

※必要が有る場合は、読紙に記載して添付して下さい。

※必要が有る場合は、画像診断のフィルム、検査の記録の添付をお願い致します。