

## 訪問リハビリテーション診療情報提供書（初回）

ふりがな		性別	生年月日	
対象者名			年齢	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.		年	月	日
2.		年	月	日
3.		年	月	日
4.		年	月	日
5.		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				
<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置	<input type="checkbox"/> 透析液供給装置	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 吸引器	
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	<input type="checkbox"/> ドレーン	<input type="checkbox"/> 人工肛門	
<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 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)				
感染症	健康診断書に表記			
・肺結核	胸部X線	( 年 月 )	所見( )	
・疥癬			・肝炎	
・MRSA				
退院日(退所日)	平成	年	月	日
緊急時の連絡先				

上記の診療情報を提供し、訪問リハビリテーションを依頼します

ここの郷

医療機関名

担当医

宛

電話番号

平成 年 月 日

医師氏名

㊞