

診療情報提供書

医療法人清風会 ホスピタル坂東

年 月 日

訪問リハビリテーション医師 宛

紹介元医療機関 所在地：

名称：

医師氏名： _____ 印

患者氏名			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
診断名・障害名			
既往歴・合併症			
症状・経過			
投与中の薬剤の 用量・用法			
要介護認定の状況	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
装着・使用 医療機器等	<input type="checkbox"/> 自動腹膜還流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (/min) <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 (経鼻・胃瘻) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (設定) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()		
リハビリ目的	<input type="checkbox"/> 日常生活動作(ADL)維持・向上 <input type="checkbox"/> 廃用症候群予防 <input type="checkbox"/> 体力維持・向上 <input type="checkbox"/> 歩行能力維持・向上 <input type="checkbox"/> その他 ()		
訪問リハビリ指示 事項	<input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力強化練習 <input type="checkbox"/> 基本動作練習 <input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 高次脳機能練習 <input type="checkbox"/> 介助方法指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具の選定 <input type="checkbox"/> その他 ()		
リハビリ中止基準	<input type="checkbox"/> アンダーソン・土肥の基準に準ずる <input type="checkbox"/> 血圧 (/ mmHg 拍以上) <input type="checkbox"/> SpO2 (%以下) <input type="checkbox"/> その他 ()		
禁忌及び注意事項・負荷時のリスク等			
備考			

上記のとおり、診療情報を提供し、訪問リハビリテーション実施の依頼をします。

1. 訪問リハビリテーションの情報提供書は3ヶ月毎の記載が定められています。
2. 必要事項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。