

## 訪問リハビリテーション診療情報提供書（初回）

ふりがな	男 生年月日	（ 歳）	電話番号
利用者名	女 大・昭 年 月 日		—
住所			
主な傷病名（生活機能低下の原因となった傷病名）		診療開始日	
1)	1) 大・昭・平	年	月 日
2)	2) 大・昭・平	年	月 日
3)	3) 大・昭・平	年	月 日
4)	4) 大・昭・平	年	月 日
5)	5) 大・昭・平	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（番号に○）			
1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 8. 留置カテーテル 9. 人工呼吸器 10. 気管カニューレ 11. ドレーン 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. ペースメーカー 15. 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			
感染症（ 所見無 検査不要 ・ 診断書に表記 ・ 有 ） 疥癬（あり ・ なし） 肝炎（HBs ・ HCV ・ —） MRSA（現在症状が無く検査不要 ・ + ・ — ） 肺結核 胸部 X 線（ 年 月）所見（ ）			
退院日（または退所日）		年	月 日
緊急時連絡先			

上記の利用者の診療情報を提供するとともに、訪問リハビリテーションを依頼致します

医療法人金沢整形外科クリニック

平成 年 月 日

訪問リハビリあすた

医療機関名

訪問リハビリ指示医 宛

住 所

医 師 氏 名

印