

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・令	年	月 日
2)	2) 大・昭・平・令	年	月 日
3)	3) 大・昭・平・令	年	月 日
4)	4) 大・昭・平・令	年	月 日
5)	5) 大・昭・平・令	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（※必須）			
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

年 月 日

訪問リハステーションあすた

医療機関名

訪問リハビリ指示医 宛

住 所

医師氏名

