

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
対象者名	女	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)	昭・平・令	年 月 日
2)		2)	昭・平・令	年 月 日
3)		3)	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				
処方箋 *処方箋コピー添付可				
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				
運動中止基準				
血圧:	/	mmHg以上	/	mmHg以下
体温:	℃	脈拍:		呼吸:
訪問リハビリテーションの紹介目的				
感染症 ( 所見無しのため検査不要 ・ 診断書に表記 ・ 有 )				
疥癬 ( あり ・ なし )		MRSA(現在症状がなく検査不要 ・ + ・ - )		
肝炎 ( HBs +・- / HCV +・- ) 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。

ニコニコリハビリステーション 宛

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

印