

訪問リハビリテーション用診療情報提供書

医療法人恒昭会 藍野病院

訪問リハビリテーション事業所 あいの 担当医 宛

医療機関

住 所

電話番号

(緊急連絡先)

医師氏名 _____ 印

患者情報	氏 名		職 業		
	住 所	〒 _____ 電話(_____) - _____			
	生年月日	大・昭・平 年 月 日生 (歳)	性別	男・女	
	日常生活自立度	寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
		認知症の状況	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
要介護認定	要支1 要支2 要介護 (1 2 3 4 5)				
現在の状況	主たる傷病名				
	既往歴及び家族歴				
	病状の経過及び検査結果 治療経過等				
	処方				
	留意・禁忌事項				
紹介目的	〈目標〉 <input type="checkbox"/> 機能維持・向上 <input type="checkbox"/> 精神的安定 <input type="checkbox"/> 活動性向上 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他 [_____]				
	〈リハビリテーション内容〉 <input type="checkbox"/> 機能維持・改善練習(歩行・関節可動域・筋力強化・呼吸・言語コミュニケーション・構音訓練 等) <input type="checkbox"/> 日常生活動作・基本動作練習 <input type="checkbox"/> 住宅環境整備 <input type="checkbox"/> 介護指導 [_____] <input type="checkbox"/> その他 [_____]				
緊急時の連絡先 不在時の対応法 その他					
日医かかりつけ 医研修	<input type="checkbox"/> 研修を終了している <input type="checkbox"/> 研修の受講予定をしている				