

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	明・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)	昭・平	年 月 日	
2)	2)	昭・平	年 月 日	
3)	3)	昭・平	年 月 日	
4)	4)	昭・平	年 月 日	
5)	5)	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（処方箋コピー可）				
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				
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

宛
平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名



訪問リハビリテーション診療情報提供書（継続）

ふりがな	男	生年月日	(歳)	電話番号
対象者名	女	明・大・昭	年 月 日	—
住所				
主な疾病名 1. 2. 3.				
病状治癒状況 (安定・要注意・不安定)				
特記及び注意事項				
感染症の有無（有る場合は具体的に記入して下さい） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 不明				
日常生活自立度 寝たきり： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
訪問リハビリテーション指示 (継続 ・ 中止 ・ 終了)				
1、基本動作運動		5、疼痛緩和		
2、生活関連動作		6、家屋環境整備等指導		
3、筋力増強運動		7、精神心理援助		
4、関節可動域運動		8、その他（ ）		
終了の目安・時期		現状の問題点・課題（今後予想されるリスク）		
緊急時連絡先				
不在時の対応				

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施して下さい

宛

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

印