

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・平・令	年 月 日	—
住所			
主な傷病名 (生活機能低下となった傷病名)		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
4)		4) 昭・平・令	年 月 日
5)		5) 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、人口呼吸器 10、気管カニューレ 11、ドレーン 12、人工肛門			
13、人口膀胱 14、ペースメーカー 15、その他			
注意事項・特記すべき事項			
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(HB s ・ 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(または対処日) 年 月 日			
緊張時連絡先			

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
令和 年 月 日

医療機関名
医師氏名