

訪問リハビリテーション診療情報提供書

利用者氏名	性別 男 ・ 女	生年月日	年	月	日 (歳)
住所					
電話番号					
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)	年	月	日
(2)		(2)	年	月	日
(3)		(3)	年	月	日
(4)		(4)	年	月	日
(5)		(5)	年	月	日
既往歴					
合併症					
症状経過、検査結果および治療経過					
処方薬 (処方箋コピー可)					
装着・使用医療器具等 (番号に○)					
1、自動腹膜還流装置 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 (所見なし 検査不要 ・ 診断書に表記 ・ あり)					
疥癬 (あり ・ なし) 肝炎 (HBs ・ HCV ・ -)					
MRSA (現在症状がなく検査不要 ・ + ・ -)					
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

年 月 日

つくだ整形外科
担当医師 宛

医療機関名
住所
電話番号
FAX
医師指名

印