

訪問リハビリテーション診療情報提供書
(兼リハビリテーション指示書)

紹介先医療機関等名

平成 年 月 日

担当医

科

殿

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方（2回目以降は変更のあった場合のみ記載）

要介護状態等区分： 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）： 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度： 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

日常生活活動（ADL）の状況（該当するものに○）									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題（今後予想されるリスク）

訪問リハビリテーション指示事項

- 身体機能訓練
- 日常生活動作訓練
- 介護指導
- その他・留意事項等

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

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付する。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付する。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入する。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入する。

※原本を当院宛に御送付下さい

送付先 〒947-8701

新潟県小千谷市大字平沢新田111番地 厚生連小千谷総合病院 訪問リハビリテーション

TEL 0258-81-1600 / Fax 0258-81-1601 E-mail reha@ojiya-ghp.jp