

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 *処方箋コピー添付可				
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

