

## 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・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

医療法人社団 弓削メディカルクリニック 宛

令和 年 月 日

医療機関名

医師氏名

