

診療情報提供書(訪問リハビリテーション指示箋)

令和 年 月 日

紹介先医療機関等名

医療法人 石和温泉病院 担当医 殿

紹介元医療機関等の所在地及び名称

医師氏名

印

患者氏名	生年月日	年	月	日(歳)
患者住所	電話番号			
傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)	情報提供目的 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーション (訪問リハビリテーション) <input type="checkbox"/> その他			
既往歴及び家族歴				
症状経過、検査結果及び治療経過				
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				
現在の処方				
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)				
リハビリテーション指示内容		リハビリテーション実施上の注意点(禁忌事項、中止基準)		
備考 日医かかりつけ医機能研修制度 <input type="checkbox"/> 受講済みである <input type="checkbox"/> 受講予定である				