

診療情報提供書 及び 訪問リハビリテーション依頼書

サカ緑井病院 担当医殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在及び名称

医師氏名

印

患者氏名	性別：男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	年 月 日(歳)

主たる傷病名																	
既往歴及び家族歴	感染症の有無 無・有()																
訪問リハビリテーションの目的 <input type="checkbox"/> 日常生活活動の改善 <input type="checkbox"/> 社会参加活動の改善 <input type="checkbox"/> QOLの改善 <input type="checkbox"/> 身体機能の改善 <input type="checkbox"/> その他 ()	※以下の目的項目に☑をお願い致します。																
リハビリテーション実施の際の留意事項、中止基準、負荷、生活上の課題等																	
リハビリテーション依頼内容 <table><tr><td>評価</td><td><input type="checkbox"/>身体機能評価</td><td><input type="checkbox"/>日常生活機能評価</td><td><input type="checkbox"/>認知機能評価</td></tr><tr><td>対応・練習</td><td><input type="checkbox"/>身体機能練習</td><td><input type="checkbox"/>日常生活動作練習</td><td><input type="checkbox"/>歩行練習</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/>介助・介護指導</td><td><input type="checkbox"/>筋力強化練習</td><td><input type="checkbox"/>疼痛緩和</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/>その他</td></tr></table>		評価	<input type="checkbox"/> 身体機能評価	<input type="checkbox"/> 日常生活機能評価	<input type="checkbox"/> 認知機能評価	対応・練習	<input type="checkbox"/> 身体機能練習	<input type="checkbox"/> 日常生活動作練習	<input type="checkbox"/> 歩行練習		<input type="checkbox"/> 介助・介護指導	<input type="checkbox"/> 筋力強化練習	<input type="checkbox"/> 疼痛緩和				<input type="checkbox"/> その他
評価	<input type="checkbox"/> 身体機能評価	<input type="checkbox"/> 日常生活機能評価	<input type="checkbox"/> 認知機能評価														
対応・練習	<input type="checkbox"/> 身体機能練習	<input type="checkbox"/> 日常生活動作練習	<input type="checkbox"/> 歩行練習														
	<input type="checkbox"/> 介助・介護指導	<input type="checkbox"/> 筋力強化練習	<input type="checkbox"/> 疼痛緩和														
			<input type="checkbox"/> その他														
症状経過、検査結果及び治療経過																	
現在の処方薬	変更：有・無																
緊急時の連絡先	不在時の対応法																
備考																	

※必要が有る場合は、画像診断のフィルム、検査の記録の添付をお願い致します。