

訪問リハビリテーション事業所向け 診療情報提供書

平成 年 月 日

情報提供先事業所

新渡戸記念中野総合病院

医療機関名:

訪問リハビリテーション事業所

住所:

医師: 富岡 秀樹 宛

電話:

医師名: _____ 印 (_____ 科)

フリガナ		生年月日	明治	年	月	日 (歳)
患者氏名	(男・女)		大正	昭和		
住所			電話番号			
情報提供目的	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション依頼のため.					
原因疾患						
治療経過						
合併疾患・コントロール状態						
利用者の希望 (したい又はできるようになりたい生活の希望等)						
ご家族の希望 (本人にして欲しい生活内容、家族が支援できること等)						
リハビリテーションの目標						
リハビリテーション実施上の留意点 (開始前,訓練中の留意事項・中止する際の基準・運動強度,負荷量等)						

※ 裏面もあります