

訪問リハビリテーション事業所向け 診療情報提供書

令和 年 月 日

情報提供先事業所

新渡戸記念中野総合病院

訪問リハビリテーション事業所

医師：山田 淳 宛

医療機関名：

住所：

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						
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
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