**Ｂ-10　　　　訪問リハビリテーション診療情報提供書** (初回・継続 )

紹介先(下記のどちらかに〇をつけてください)：

介護老人保健施設まんさくの里　施設長　　/　　浜名病院　訪問リハビリテーション管理者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な  利用者氏名 |  | 男  女 | 生年月日 | | 大・昭・平  　　　年　月　日　(　　歳) |
| 住所 |  | | | | 電話番号  (　　)　　－ |
| 主な傷病名(生活機能低下の原因となった傷病名) | | | | 診察開始日 | |
| 1)  2)  3) | | | | 1)昭・平・令　　　年　　　月　　　日  2)昭・平・令　　　年　　　月　　　日  3)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・使用医療機器等 (該当する項目に〇をつけてください)  １. 酸素療法　　２. 吸引器　　３. 経管栄養　　４. 留置カテーテル　　５. 気管カニューレ  ６. ペースメーカー　　７. その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| リハビリテーション実施の際の留意事項、中止基準、負荷等 | | | | | |
| リハビリテーションの紹介・継続目的、指示内容 (該当する項目に〇、または記載ください)  紹介・継続目的  １. 身体機能訓練　 ２. 日常生活動作訓練　 ３. 介護指導　 ４. その他(　　　　　　　　 ）  具体的な指示内容(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　) | | | | | |
| 感染症 　　　無 ・ 有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | | | | |
| 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。

　令和　 　年　 　月　 　日　　　 　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 医師氏名　　 　　　　 　　　　　 印