

## 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：介護老人保健施設まんさくの里 施設長

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)			1)昭・平・令 年 月 日	
2)			2)昭・平・令 年 月 日	
3)			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○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○、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