

訪問リハビリテーション診療情報提供書（初回）

ふりがな		性別	生年月日	
対象者名			年齢	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（発症日）		
1.		年	月	日
2.		年	月	日
3.		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	*処方箋コピー添付可			
装着・使用医療器具等				
<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置	<input type="checkbox"/> 透析液供給装置	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 吸引器	
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 輸液ポンプ	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	<input type="checkbox"/> ドレーン	<input type="checkbox"/> 人工肛門	
<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> その他（	）	
注意事項・特記すべき留意事項				
<input type="checkbox"/> 血圧（中止基準）	mmHg以上/		mmHg以下	
<input type="checkbox"/> その他症状	_____			
<input type="checkbox"/> 禁忌・注意事項	_____			
感染症	所見無 検査不要	• 有	*どちらかに○を記載 特記事項は下記へ記載	
•肺結核			•MRSA	
•疥癬			•肝炎	
•その他（			）	
退院日（退所日） 認定日	平成	年	月	日
緊急時の連絡先				

上記の診療情報を提供し、訪問リハビリテーションを依頼します

年 月 日

一般社団法人 巨樹の会
宇都宮リハビリテーション病院
三澤 吉雄

医療機関名
電話番号
宛 医師氏名

印