

# 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"/>
<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養	<input type="checkbox"/>	輸液ポンプ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	気管カニューレ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	人工膀胱	<input type="checkbox"/>	ペースメーカー	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	酸素療法	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	経管栄養	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	ドレーン	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	その他（	吸引器
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		留置カテーテル
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		人工肛門
<input type="checkbox"/>		<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）	年 月 日			
認定日				
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