

診療情報提供書(訪問リハビリテーション)

指示期間:3ヵ月を限度とする

患者氏名		生年月日	
ふりがな() 殿		年 月 日	
現病歴			
1	発症年月日:		年 月 日
2	発症年月日:		年 月 日
3	発症年月日:		年 月 日
既往歴			
1	発症年月日:		年 月 日
2	発症年月日:		年 月 日
3	発症年月日:		年 月 日
現在の病状・治療状態			
現在の処方(薬剤情報コピーで可)			
障害の有無			
<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害		<input type="checkbox"/> 運動麻痺(上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症	
感染症の有無			
不明・無・有()			
希望する訪問リハビリテーションの指示事項 ※複数可			
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーション <input type="checkbox"/> 活動・参加支援訓練		<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練 <input type="checkbox"/> 歩行・移乗・移動動作訓練 <input type="checkbox"/> 生活・療養相談 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他()	
利用にあたっての注意点・要望			

年 月 日より、3ヵ月

上記のとおり、訪問リハビリテーションを指示します。

医療機関名:

住所: 医療法人 平病院 訪問リハビリテーション事業所

電話: 訪問リハビリテーション担当医: 平 資正

医師名: 印 住所: 〒709-0498 岡山県和気郡和気町尺所438

※参考 TEL:0869-93-1263 FAX:0869-93-0330

【診療情報提供料 I】

在宅患者の医学管理を主として、担当する保険医療機関と訪問リハビリテーションを行う保険医療機関との間で、患者の診療情報を相互に提供する場合に算定。