

診療情報提供書(訪問リハビリテーション)

有効期間:3ヵ月を限度とする

患者氏名 ふりがな() 殿	生年月日 年 月 日
現病歴	
1	発症年月日: 年 月 日
2	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
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"/> 運動麻痺(上肢・下肢)
<input type="checkbox"/> 聴力障害	<input type="checkbox"/> 言語障害
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害	<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事項 ※複数可	
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練
<input type="checkbox"/> 基本動作訓練	<input type="checkbox"/> 歩行・移乗・移動動作訓練
<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練	<input type="checkbox"/> 生活・療養相談
<input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 活動・参加支援訓練	<input type="checkbox"/> その他()
利用にあたっての注意点・要望	
<input type="checkbox"/> 中止基準 ①血圧 ____mmHg以上/____mmHg以下 ②脈拍 ____回/分以上 ____回/分以下 ③SpO ₂ ____%以下 <input type="checkbox"/> その他症状、要望	

記入日: 年 月 日

年 月 日より、3ヵ月

上記のとおり、情報を提供します。

医療機関名:

住所:

電話:

医師名:

印

(連絡先)

医療法人 平病院 訪問リハビリテーション事業所

訪問リハビリテーション担当医:平 資正

住所:〒709-0498 岡山県和気郡和気町尺所438

TEL:0869-93-1155 FAX:0869-93-0330

※参考

【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。