

診療情報提供書（通所リハビリテーション）

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 月ごろ
2	発症年月日： 年 月ごろ
3	発症年月日： 年 月ごろ
既往歴	
1	発症年月日： 年 月ごろ
2	発症年月日： 年 月ごろ
3	発症年月日： 年 月ごろ
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（ ）	
希望する通所リハビリテーションの指示事項	
<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・口腔ケア <input type="checkbox"/> その他（ ）
利用にあたっての注意点・要望	

年 月 日

上記のとおり、通所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

電話：

住所：岡山県和気郡和気町尺所438

医師名：

TEL：0869-93-1263 FAX：0869-93-0330