

診療情報提供書 及び 訪問リハビリテーション指示書

紹介先医療機関等名

平成 年 月 日

担当医

紹介元医療機関の所在及び名称

医師氏名

印

患者氏名	性別：男・女
患者住所	
電話番号	職業：
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

主たる傷病名

紹介目的 訪問リハビリテーションの実施	感染症の有無(有る場合は具体的に記入して下さい) 無 ・ 有 ()
------------------------	---------------------------------------

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

リハビリテーション指示事項 ※以下のリハビリ実施内容の指示項目に☑をお願い致します。

対応・練習 身体機能維持・向上 高次脳機能へのアプローチ 日常生活活動練習
 屋外歩行練習 その他()

現在の処方、処置等 変更：有・無

注意事項・現在の課題

緊急時の連絡先 不在時の対応法

備考

※必要が有る場合は、読紙に記載して添付して下さい。
※必要が有る場合は、画像診断のフィルム、検査の記録の添付をお願い致します。