

訪問リハビリテーション診療情報提供書

令和 年 月 日

〔紹介先〕

柿生すすき内科循環器内科
訪問リハビリテーション担当医 宛

〔紹介元〕

医療機関名
所在地
電 話
担 当 医 師

印

患者氏名：	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
生年月日：	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月
		日	歳
傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）			
既往歴及び家族歴			
症状経過、検査結果及び治療経過			
現在の処方（2回目以降は変更のあった場合のみ記載）			
リハビリの目標（長期）			
リハビリテーション終了の目安・時期			
要介護状態等区分： <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
日常生活活動（ADL）の状況（該当するものに☑）			
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
着 替	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
本人及び家族の要望			
現状の問題点・課題（今後予想されるリスク）			
訪問リハビリテーション指示事項			
<input type="checkbox"/> 身体機能訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> その他・留意事項等			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>			

上記の利用者の診療情報を提供するとともに、訪問リハビリテーションを依頼致します

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付する。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付する。

送付先 〒215-0021

神奈川県川崎市麻生区上麻生5-23-6

柿生すすき内科循環器内科 訪問リハビリテーション事業所 宛

TEL 044-988-5577/ Fax 044-988-5572