

## 診療情報提供書(訪問リハビリテーション)

ご担当医先生 御侍史

貴院にてご加療中の患者様が、当院訪問リハビリテーションを希望されておりますので、利用開始に当たり、以下内容をご記載いただき現在の状態について情報提供くださいますよう、宜しくお願い申し上げます。  
 なお、この情報は当院の利用目的以外には使用致しません。

氏名	(男・女)	生年月日	T・S	年	月	日	(歳)
住所				電話番号			
・主たる傷病名及び治療状況							
・既往歴				・感染症等			
・リハビリ実施の可否(いずれかに○をつけてください) ( 可 ・ 否 )							
・リハビリの目的(いずれかに☑をつけてください) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 心身機能の維持、向上</li> <li><input type="checkbox"/> 日常生活動作能力の維持、向上</li> <li><input type="checkbox"/> 活動範囲の維持、向上</li> <li><input type="checkbox"/> 摂食、嚥下、発語、コミュニケーション能力の維持、向上</li> </ul>							
・リハビリを行なう際の留意事項、中止基準及び運動強度に対してご教授下さい <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項 ( )</li> <li><input type="checkbox"/> リハビリテーションの中止基準(血圧、脈、心拍数等) ( )</li> <li><input type="checkbox"/> リハビリテーションにおける利用者に対する運動強度等 ( )</li> </ul>							
・備考							
平成 年 月 日				医療機関名			
				住所			
				電話番号			
				F A X			
				医師氏名			
							印