

訪問リハビリテーション診療情報提供書

紹介先医療機関

社会医療法人愛仁会

愛仁会リハビリテーション病院 訪問リハビリテーション担当医 殿

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

| | |
|--|--|
| 傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等） | 紹介目的 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション新規 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション継続 |
| 合併症および既往歴 | |
| 現状の症状経過および治療経過 | |
| 現在の処方（2回目以降は変更があった場合のみ記載） | |
| 訪問リハビリテーション実施上の留意事項（複数選択可） <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 血圧変動 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 呼吸症状 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 特記すべき事項 | |

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いたします。

令和 年 月 日

医療機関名：

住所：

電話：

FAX：

医師名：

印

※この様式は任意です。貴院の様式をお使いいただいても結構です。