

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〕

医療法人 厚生会 小原病院
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： 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)： 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度： 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV 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

身体機能訓練 日常生活動作訓練 介護指導

その他・留意事項等

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 〒898-0003
鹿児島県枕崎市折口町109番地 訪問リハビリテーション事業所 宛
Tel 0993-72-2226 / Fax 0993-72-2225