

診療情報提供書

社会福祉法人北海道社会事業協会洞爺病院訪問リハビリテーションアスター

担当医 青木 茂

平成 年 月 日

紹介元医療機関
所在地名称
電話番号等

医師氏名

印

下記の診療情報の提供と共に訪問リハビリテーションの実施を依頼致します。

患者氏名	様	性別	男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	歳
住所					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)

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

日常生活自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <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
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <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
要介護認定の状況	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	

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)			
移動	自立・見守り・一部介助・全介助	食事	自立・見守り・一部介助・全介助
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助
更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	整容	自立・見守り・一部介助・全介助

本人及び家族の要望等

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)等

備考等

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
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こと。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。
かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。