訪問リハビリテーション診療情報提供書（初回）

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日	
利用者名			年齢	歳
住所		電話番号		

主な傷病名(生活機能低下の原因となった傷病名)		診察開始日(発症日)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

既往歴

合併症

症状経過、検査結果及び治療経過

処方薬　※変更事項のみ記載(処方箋コピー添付可)

装着・使用医療器具等

- ☐ 自動腹膜灌流装置
- ☐ 透析液供給装置
- ☐ 酸素療法
- ☐ 留置カテーテル
- ☐ 中心静脈栄養
- ☐ 輸液ポンプ
- ☐ 経管栄養
- ☐ 人工肛門
- ☐ 人工呼吸器
- ☐ 気管カニューレ
- ☐ ドレーン
- ☐ その他（　　）
- ☐ 人工膀胱
- ☐ ペースメーカー
- ☐ 吸引器

注意事項・特記すべき留意事項

- ☐ 血圧(中止基準)　mmHg以上／　mmHg以下
- ☐ その他症状
- ☐ 禁忌・注意事項

感染症　所見無　検査不要　・　有　　*どちらかに〇を記載　特記事項は下記へ記載

- 肺結核
- MRSA
- 疥癬
- 肝炎
- その他（　　）

退院日（退所日）認定日	年　月　日
緊急時の連絡先	

上記の診療情報を提供し、訪問リハビリテーションを依頼します　年　月　日

一般社団法人　巨樹の会　　医療機関名
新宇都宮リハビリテーション病院　　電話番号
宇都宮　勝之　宛　　医師氏名　㊞