

診療情報提供書（訪問リハビリテーション）

フリガナ		性別			
氏名		男女	生年月日		年 月 日（ 歳）
住所				電話番号	
■現在治療中の疾患名（発症日）			■既往歴（発症日）		
1	(	年 月 日)	1	(	年 月 日)
2	(	年 月 日)	2	(	年 月 日)
3	(	年 月 日)	3	(	年 月 日)
4	(	年 月 日)	4	(	年 月 日)
5	(	年 月 日)	5	(	年 月 日)
■現在の症状・治療経過			■現在の治療・処置		
■指示期間			■ゴール・目標		
年 月 日～ 年 月 日					
■リハビリテーションプログラム					
<input type="checkbox"/> 関節可動域（部位： ）			<input type="checkbox"/> 筋力（部位： ）		
<input type="checkbox"/> 日常生活動作（ 歩行・トイレ・更衣・食事 ）			<input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> 言語機能		
<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下		<input type="checkbox"/> 呼吸	<input type="checkbox"/> 家屋調整		<input type="checkbox"/> 自主トレ指導 <input type="checkbox"/> 家族指導
<input type="checkbox"/> その他（ ）					
■禁忌・留意事項			■緊急時の連絡先		
■使用している医療機器等					
<input type="checkbox"/> 酸素療法（ ℓ/分）		<input type="checkbox"/> 吸引器		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻腔・経胃 ）	
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ		<input type="checkbox"/> ドレーン（部位： ）			
<input type="checkbox"/> その他（ ）					
■日医かかりつけ医機能研修（応用研修）			【 <input type="checkbox"/> 取得済 <input type="checkbox"/> 取得予定 】		
<input type="checkbox"/> フレイル予防・対策		<input type="checkbox"/> 地域リハビリテーション		<input type="checkbox"/> 在宅リハビリテーション症例	
<input type="checkbox"/> かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実際					
<input type="checkbox"/> リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害					

上記にて、介護保険によるサービス利用を（ 可・否 ）と認めます。

年 月 日 医療機関 所在地

名称

主治医