

訪問リハビリテーション診療情報提供書（初回）

ふりがな	男	生年月日	(歳)	電話番号
利用者名	女	明・大・昭・平	年 月 日	—
住所				
主な傷病名（生活機能低下の原因となった傷病名）			診療開始日	
1)			1)	年 月 日
2)			2)	年 月 日
3)			3)	年 月 日
4)			4)	年 月 日
5)			5)	年 月 日
既往歴				
合併症				
症状経過、検査結果及び治療経過				
処方薬				
装着・使用医療器具等（番号に○）				
1、自動腹膜灌流装置 2、透析液供給装置 3、酸素療法 4、吸引器				
5、中心静脈栄養 6、輸液ポンプ 7、経管栄養 8、留置カテーテル				
9、人工呼吸器 10、気管カニューレ 11、ドレーン 12、人工肛門				
13、人工膀胱 14、ペースメーカー 15、その他				
注意事項・特記すべき留意事項（中止に際しての基準等、特記すべきことがあればご記入をお願いします）				
訪問リハビリテーションの紹介目的				
感染症（ 所見無 検査不要 ・ 診断書に表記 ・ 有 ）				
疥癬（あり ・ なし） 肝炎（HBs ・ HCV ・ —）				
MRSA（現在症状が無く検査不要 ・ + ・ — ）				
肺結核 胸部 X 線（ 年 月）所見（ ）				
退院日（または退所日） 年 月 日				
緊急時連絡先				

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。

公益財団法人近江兄弟社
介護老人保健施設
ヴォーリズ老健センター
訪問リハビリ指示医 宛

年 月 日

医療機関名
住所
電話
医師氏名

