**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）  ２）  ３）  ４）  ５） | １）　　　　　　　年　　　　月　　　　日  ２）　　　　　　　年　　　　月　　　　日  ３）　　　　　　　年　　　　月　　　　日  ４）　　　　　　　年　　　　月　　　　日  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　　　　 　　　　　年　　　月　　　日  ヴォーリズ記念病院　　　　　　　　 　 医療機関名  訪問リハビリ指示医　　　宛　　　 　 住所 | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師氏名　　　　　　　　 　　　　　　㊞