

年 月 日

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター
豊 殿 診 療 所
訪問リハビリテーション事業所殿

医療機関名

住所

電話

(FAX)

医師名

印

訪問リハビリテーション情報提供書

訪問リハに必要な情報を提供いたします。

患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 様 <input type="checkbox"/> 女	M T S H 生年月日 年 月 日
患者住所			
TEL			
傷病名			
現在の状況	症状・治療・状態		
内服中の薬			
留意事項等 (いずれかに必ずご指示下さい)		リハビリテーションの目的 (必ずご指示下さい)	
留意事項	<input type="checkbox"/> 転倒 骨折 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 血圧変動 <input type="checkbox"/> 不整脈 発熱 低血糖 <input type="checkbox"/> 呼吸症状 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他 ()		身体機能の維持改善 精神機能の維持改善 移動動作訓練 身の回り動作訓練 QOLの向上 福祉機器・住環境整備 家族指導及びサポート コミュニケーション訓練 摂食嚥下訓練 その他 ()
中止基準	<input type="checkbox"/> 上記所見が認められた時 <input type="checkbox"/> 脈拍数 回/分以上 収縮期血圧 mmHg 拡張期血圧 mmHg その他 ()		
運動負荷			
緊急時の連絡先			
特記すべき事項(訪問リハに対する助言等)			