

訪問リハビリテーション診療情報提供書

記載日 年 月 日

氏名：	性別： 男性 ・ 女性
生年月日： M・T・S・H 年 月 日（ 歳）	
住所： 〒	
診断名・傷病名	
# 1	発症日（ ）
# 2	発症日（ ）
病状経過および治療経過	
病状の問題点・想定されるリスク	
訪問リハビリ利用目的	
<input type="checkbox"/> 日常生活動作の維持・改善 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・改善 <input type="checkbox"/> 言語・嚥下・口腔機能の維持・改善	
リハビリ施行上のリスクおよび禁忌	
<input type="checkbox"/> 心肺機能：注意点 無 有（ ） <input type="checkbox"/> 運動負荷の制限 無 有（ ） <input type="checkbox"/> 転倒・骨折の危険性 無 有（ ） <input type="checkbox"/> 荷重の制限 無 有（ ） <input type="checkbox"/> その他の制限 （ ）	
現在の処方	

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施して下さい。

医療法人芙蓉会 南草津病院 宛

医療機関名 _____
 住所 _____
 電話 _____
 医師氏名 _____ (印)