

診療情報提供書（訪問リハビリテーション用）

西部総合病院 関山達彦 殿

患者氏名		様	男 ・ 女
生年月日	M ・ T ・ S	年	月 日 () 歳
患者住所		電話番号	
疾病名・障害名 (発症・受傷日など)			
病状・治療状態			
感染症の有無 (有る場合は具体的に記入してください)		無 ・ 有	
投与中の薬剤の 用量・用法 (処方箋のコピーをいただけますと助かります)			
日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
	認知症老人の日常生活自立度	正常 ・ I ・ II ・ III ・ IV ・ V	
要介護認定の状態	要支援1 ・ 要支援2 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
特記および注意事項 (血圧・脈拍・その他の症状などで中止基準がありましたら、記入してください)			
禁忌事項			

上記のとおり、指定訪問リハビリテーションへ診療情報を提供いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住所
電話・FAX
医師氏名

