

診療情報提供書 及び 訪問リハビリテーション指示書

紹介先医療機関等名

令和 年 月 日

つばさクリニック
担当医 大熊 敦子

紹介元医療機関の所在及び名称

医師氏名 印

患者氏名		性別：	
患者住所			
電話番号		職業：	
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 (歳)	

主たる傷病名	
紹介目的 訪問リハビリテーションの実施	感染症の有無(有る場合は具体的に記入して下さい) 無・有()
既往歴及び家族歴	
症状経過、検査結果及び治療経過	
リハビリテーション指示期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
リハビリテーション指示事項	※以下のリハビリ実施内容の指示項目に☑をお願い致します。
評価	<input type="checkbox"/> 身体機能評価 <input type="checkbox"/> 高次脳機能評価 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能評価 <input type="checkbox"/> 日常生活活動評価
対応・練習	<input type="checkbox"/> 身体機能維持・向上練習 <input type="checkbox"/> 高次脳機能練習 <input type="checkbox"/> 日常生活活動練習 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能練習 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリに対する『適切な研修』を修了している <input type="checkbox"/> 令和6年3月31日迄に研修の終了または受講予定がある	
現在の処方、処置等	変更：有・無
注意事項・現在の課題	
緊急時の連絡先	不在時の対応方法
備考	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。 4. 患者の容態に変化があった場合は、再度書類を作成すること。 5. 『適切な研修』とは「日医かかりつけ医機能研修制度」などを含むリハビリテーションに関与する研修のこと。	事業所 〒332-0035 埼玉県川口市西青木5-9-6 ハイツトミ1階 電話番号:048-299-7886 FAX番号:048-299-7887 事業所番号:1110209783
	担当者 大熊敦子 志賀佑介