

診療情報提供書(訪問リハビリ依頼書)

介護老人保健施設 ハートケア横浜小雀

担当医

宛

下記ご利用者様に対する訪問リハビリテーションを依頼致します。

利用者氏名	様	男・女	生年月日	(歳)					
利用者住所				電話番号					
主たる傷病名				既往歴					
病状・治療状態				感染症 無・有()					
投薬状況									
日常生活自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	認知の状況	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
要介護認定状況	要支援 (1 ・ 2) 経過的要介護 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)								
装着・使用機器等									

留意事項及び指示事項

1. 療養生活指導上の留意事項	
2. リハビリテーション	
3. その他の留意事項	
緊急連絡先	
不在時の対応法	
特記事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい) 特になし	
他の訪問看護ステーションへの指示	(事業所名)
<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り :

上記の通り指示致します。

指示期間

2023年 月 日 ~ 2023年 月 日

医療機関名

住所

TEL

医師

印