

介護老人保健施設樹の丘 診療情報提供書（訪問リハビリテーション）

フリガナ：			
氏名：	様 ☐ 男・ ☐ 女	生年月日：	年 月 日生（ 歳）
傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）			
#1 #2 #3 #4 ☐前回と変化なし			
症状経過、検査結果及び治療経過			
☐前回と変化なし			
現在の処方			
☐前回と変更なし			
リハビリテーションの目的			
☐ 機能維持・回復訓練 ☐ IADL 向上への働きかけ ☐ ADL 向上への働きかけ ☐ 役割の創出、社会参加の実現 ☐ その他、リハビリテーションに関して、ご意見やご要望があればご記入ください。 ☐前回と変更なし			
特記事項、注意事項について			
通常血圧	/	リハ中止目安血圧	/
☐ 特記事項、注意事項（リハビリ中止基準など） ☐前回と変更なし			
緊急時の連絡先	()	携帯電話	()
不在時の対応方法			

上記のとおり、訪問リハビリテーション実施のための診療情報を提供いたします。

年 月 日

医療機関名：

住所：

電話：

医師氏名：

⑩