

# 診 療 情 報 提 供 書

医療機関名

医療法人 おひさま会 おひさまクリニックセンター北

訪問リハビリテーション 担当医 宛

患者氏名		生年月日			歳
現在の状況(該当項目に○印)					
主たる傷病名					
症状・治療 現在の状態					
投与中の 薬剤の 用量・用法					
要介護認定 の状況	要支援( 1 ・ 2 )		要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )		
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜還流装置      2. 透析液供給装置      3. 酸素療法(                  /min) 4. 吸引器      5. 中心静脈栄養      6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃ろう) 8. 留置カテーテル      9. 人工呼吸器(設定 10. 気管カニューレ      11. 人工肛門 12. その他(                  )				
療養生活指導上の禁忌及び留意事項・負荷時のリスク(制限がある場合は具体的に)					
訪問リハビリテーション指示事項					
1. 身体機能訓練		2. 日常生活動作訓練			
3. 言語訓練		4. 摂食・嚥下訓練			
5. 介護指導		6. その他(                  )			
リハビリ中止基準					
血圧	/	mmHg	脈拍	回/分	体温      °C
緊急時の連絡先					

※3カ月に1回の診療情報提供をお願い致します。

平成      年      月      日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印