

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関等名

紹介元医療機関の所在及び名称

長岡西病院通所リハビリテーション担当医 殿

医師氏名

印

| | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| ふりがな 対象者名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | M・T・S |
| | | 年齢 | 年 月 日 |
| 住所 | 電話番号 | () | - |
| 主な傷病名（生活機能低下の原因となった傷病名） | | 診察開始日 | |
| 1. | | 年 月 日 | |
| 2. | | 年 月 日 | |
| 3. | | 年 月 日 | |
| 4. | | 年 月 日 | |
| 5. | | 年 月 日 | |
| 既往歴 | | | |
| 症状経過、検査結果及び治療経過 | | | |
| 処方薬 | *処方箋コピー添付可 | | |
| 装着・使用医療器具等 | | | |
| <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 | <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 | <input type="checkbox"/> 酸素療法 | <input type="checkbox"/> 吸引器 |
| <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ | <input type="checkbox"/> 経管栄養 | <input type="checkbox"/> 留置カテーテル |
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 | <input type="checkbox"/> 気管カニューレ | <input type="checkbox"/> ドレーン | <input type="checkbox"/> 人工肛門 |
| <input type="checkbox"/> 人工膀胱 | <input type="checkbox"/> ペースメーカー | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 注意事項・特記すべき留意事項 | | | |
| 通所リハビリテーションの紹介目的（指示） | | | |
| <input type="checkbox"/> 身体機能維持・向上 | <input type="checkbox"/> 日常生活活動練習 | <input type="checkbox"/> 言語・嚥下機能維持向上 | |
| <input type="checkbox"/> 高次脳機能練習 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 【感染症】 | HCV： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | その他：() | |
| | HBV： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | | |
| | 梅毒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | | |
| 緊急時の連絡先 | | | |