

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関等名

長岡西病院リハビリテーション担当医 殿

紹介元医療機関の所在及び名称

医師氏名

印

		性別	生年月日	年 月 日
対象者名	様		年齢	歳
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				
合併症				
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				
☐ 自動腹膜灌流装置	☐ 透析液供給装置	☐ 酸素療法	☐ 吸引器	
☐ 中心静脈栄養	☐ 輸液ポンプ	☐ 経管栄養	☐ 留置カテーテル	
☐ 人工呼吸器	☐ 気管カニューレ	☐ ドレーン	☐ 人工肛門	
☐ 人工膀胱	☐ ペースメーカー	☐ その他 ()		
注意事項・特記すべき留意事項				
訪問リハビリテーションの紹介目的(指示)				
感染症 所見無 検査不要				
・肺結核	胸部X線	(年 月)	所見()	
・疥癬			・肝炎	
・MRSA				
緊急時の連絡先				