

診療情報提供書
 (通所リハビリ・訪問リハビリ)

氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所			電話番号
・主たる傷病名及び治療状況			
・既往歴		・感染症等	
・リハビリ実施の可否(いずれかに○をつけてください) (可 ・ 否)			
・リハビリの目的(該当する項目に☑をつけてください) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 心身機能の維持、向上 <input type="checkbox"/> 日常生活動作能力の維持、向上 <input type="checkbox"/> 活動範囲の維持、向上 <input type="checkbox"/> 摂食、嚥下、発語、コミュニケーション能力の維持、向上 			
・リハビリを行なう際の留意事項、中止基準及び運動強度に対してご教授下さい (必ず1つ以上の項目にチェック及び指示の記載をお願い致します) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項 () <input type="checkbox"/> リハビリテーションの中止基準(血圧、脈、心拍数等) () <input type="checkbox"/> リハビリテーションにおける利用者に対する運動強度等 () 			
・備考			
・最終診察日: 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">令和 年 月 日</div>			
医療法人仁寿会 石川病院 介護事業部		医療機関名 住所	
医師 佐地 嘉章 行		電話番号	
		F A X	
		医師氏名	
		印	

医療法人仁寿会 石川病院
介護事業部