訪問リハ用

**診療情報提供書**

**医療法人社団東光会　戸田中央トータルケアクリニック　担当医殿**

**年　　　月　　　日**

**紹介元医療機関　　所在地　　：**

**名称　　　：**

**電話番号　：**

**医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印**

|  |
| --- |
| **患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：**  **生年月日：　　　　　　年　　　　月　　　　日**  **住所　　：**  **電話番号：** |

|  |  |
| --- | --- |
| **傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名**) | **既往歴・合併症** |
| **症状経過・検査結果・治療経過(投薬状況)** | |
| **装着・使用医療器具等**   * 酸素療法　(安静時　　L　動作時　　L) □ 人工呼吸器　(設定　　　　　　　　　　　　　　　　　　) * 気管カニューレ　　□ 中心静脈栄養　　□ 経管栄養　　□ 留置カテーテル　　□ ドレーン * ペースメーカー　　□ 人工肛門　　　　□ 人工膀胱 * その他　(　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| **リスク・注意事項・特記事項(リハビリテーション実施時の留意点)** | |