

診療情報提供書

医療法人社団武蔵野会 TMG 宗岡中央病院 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 : 様 性別 : 男性・女性

生年月日 : 年 月 日 (歳)

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 〇 動作時 〇) 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)

リハビリテーションにおける安全管理・推進のためのガイドラインに基づく中止基準に則る。

上記の情報提供を受け、訪問リハビリテーションを実施することを指示します。

リハビリ指示事項

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 起居動作練習 | <input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 | <input type="checkbox"/> 呼吸機能練習 | <input type="checkbox"/> 補助具福祉用具の選定 |
| <input type="checkbox"/> 座位保持練習 | <input type="checkbox"/> 拘縮予防・改善 | <input type="checkbox"/> 家事動作練習 | <input type="checkbox"/> 家屋改修検討 |
| <input type="checkbox"/> 起立・立位練習 | <input type="checkbox"/> 筋力強化練習 | <input type="checkbox"/> 家族への介助指導・相談 | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> 歩行練習 | <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能練習 | <input type="checkbox"/> 自主トレーニング指導 | () |

リハビリテーションの目的 :

年 月 日

TMG 宗岡中央病院

〒353-0001 埼玉県志木市上宗岡5丁目14番50号

TEL : 048-472-9211

医師氏名 印

赤枠内が
かかりつけの先生に
記入して頂く欄です。

記入箇所のご案内

診療情報提供書

医療法人社団武蔵野会 TMG 宗岡中央病院 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 : 男性・女性

生年月日 : 年 月 日 (歳)

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 \varnothing 動作時 \varnothing) 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)

リハビリ指示事項

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 起居動作練習 | <input type="checkbox"/> 拘縮予防・改善 | <input type="checkbox"/> 家族への介助指導・相談 |
| <input type="checkbox"/> 座位保持練習 | <input type="checkbox"/> 筋力強化練習 | <input type="checkbox"/> 自主トレーニング指導 |
| <input type="checkbox"/> 起立・立位練習 | <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能練習 | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> 歩行練習 | <input type="checkbox"/> 呼吸機能練習 | |
| <input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 | <input type="checkbox"/> 家事動作練習 | |

リハビリテーションの目的 :

訪問リハビリテーションを実施することを指示します。

年 月 日

TMG 宗岡中央病院

〒353-0001 埼玉県志木市上宗岡 5 丁目 14 番 50 号

TEL : 048-472-9211

医師氏名 _____

TMG 宗岡中央病院受診時に
TMG 宗岡中央病院の医師に記載
してもらおう欄です。
こちらは空欄のままお願いします。