

訪問リハビリテーション診療情報提供書（指示書）

トータルケアガーデン湘南海老名クリニック 訪問リハビリテーション担当医宛

受診日	年	月	日	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> 他院を受診された日付の記載が 必須となります。 こちらの日付より3か月間が訪問できる 期間となります。 </div>	
フリガナ	生年月日				
氏名	様 男・女	明・大・昭	年	月	日(歳)
住所					
電話番号					
主傷病名					
既往歴					
現在の処方					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> 指示内容・中止基準の記載は必須となります。 中止基準に関しては疾患によるリスクや運動制限の 記入をお願いします。 </div>					
感染症の有無 無・有 ()					
訪問リハビリテーション 指示内容	<input type="checkbox"/> 心身機能訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> その他()				
リハビリテーションの中止基準 無・有 ()					
特記事項・注意事項					

上記の通り、訪問リハビリテーションの実施を指示します。

医療機関名：

住所：

電話番号：

医師氏名：

印

訪問リハビリテーション診療情報提供書（指示書）

トータルケアガーデン湘南海老名クリニック 訪問リハビリテーション担当医宛

受診日		年	月	日
フリガナ				生年月日
氏名	様 男・女	明・大・昭	年	月 日(歳)
住所				
電話番号				
主傷病名				
既往歴				
現在の処方				
感染症の有無 無・有()				
訪問リハビリテーション 指示内容	<input type="checkbox"/> 心身機能訓練	<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練	<input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> その他()
リハビリテーションの中止基準 無・有()				
特記事項・注意事項				

上記の通り、訪問リハビリテーションの実施を指示します。

医療機関名：

住所：

電話番号：

医師氏名：

印