

# 診療情報提供書

紹介先医療機関等名： 医療法人 全心会 伊勢ひかり病院 訪問リハビリ/通所リハビリ  
堂本 洋一 先生 宛

令和 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名：	
患者住所：	性別： 男 ・ 女
電話番号：	
生年月日：明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳) 職業

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）	紹介目的 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
-------------------------	--

既往歴及び家族歴
----------

症状経過、検査結果及び治療経過
-----------------

現在の処方
-------

要介護状態等区分： 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限： 年 月 日～ 年 月 日)
---

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
---

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
--

日常生活活動（ADL）の状況（該当するものに○）									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望
-----------

現状の問題点・課題（今後予想されるリスク）・リハビリに対する注意点
-----------------------------------

備考
----

- 備考
- 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  - 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  - 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。