

診療情報提供書(訪問リハビリテーション)

年 月 日

下記の通り、利用者を紹介します。

紹介元	
機関名	
所在地	
TEL	
FAX	
医師名	⑩



紹介先	
機関名	
所在地	
TEL	
FAX	
医師名	

適切な研修 (修了等 取得予定)

利用者氏名	様	性別	年齢	歳
住所		生年月日	年	月 日

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	既往歴
病状経過	現在の処方

リハビリテーション実施における目標

生活環境の改善(福祉用具の効率的利用、介助法指導等を含む)

日常生活活動(ADL)の維持又は改善

運動機能の維持又は改善(関節可動域、筋力等)

言語機能の維持又は改善

嚥下機能の維持又は改善

その他 ()

リハビリテーション実施上の注意事項

緊急時の連絡先: 電話

※ 期間をご記入ください(3ヶ月以内でお願い致します)

年 月 日 ~ 年 月 日