

診療情報提供書及び指示書（訪問リハビリテーション用）

紹介先医療機関等名

介護老人保健施設 はーとぴあ 小山田 裕一 殿

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

有効期間

1ヶ月

3ヶ月

患者氏名

性別：男・女

患者住所

電話番号

生年月日 M・T・S・H 年 月 日生（満 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

退院・退所日

平成 年 月 日

既往歴及び家族歴

病状経過、検査結果及び治療経過

* 受診日 平成 年 月 日

現在の処方

★感染症 HBs抗原（+・-） TPHA定性（+・-） HCV抗体（+・-）

★MRSA 既往 有・無（ 年 月頃発症・不明）（部位：喀痰 尿 褥瘡）

結核 既往 有・無（ 年 月頃発症・不明）

疥癬 既往 有・無（ 年 月頃発症・不明）

※ ★：検査データがあれば記入願います。

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）

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付お願いします。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録の添付お願いします。
3. 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、保険所名等を記入願います。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入願います。