

診療情報提供書

紹介先介護老人保健施設：**伊勢老健ひかり 訪問リハビリテーション**
前田 正 先生

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 II a II b III a III b 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)

リハビリテーションを実施する上での留意事項・中止基準・負荷量等

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 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。
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。