訪問リハビリテーション診療情報提供書

患者氏名：　　性別：

生年月日：　　年　　月　　日　　生　　年齢：　　歳

退院日等：

主な傷病名

1）　　昭・平　　年　　月　　日

2）　　昭・平　　年　　月　　日

3）　　昭・平　　年　　月　　日

4）　　昭・平　　年　　月　　日

5）　　昭・平　　年　　月　　日

症状の経過、検査結果及び治癒経過

処方薬（処方箋コピー可）

装着・使用医療器具等

1、自動腹膜灌流装置　2、透析液供給装置　3、酸素療法　4、吸引器
5、中心静脈栄養　6、輸液ポンプ　7、経管栄養　8、留置カテーテル
9、人工呼吸器　10、気管カニューレ　11、ドレーン　12、人工肛門
13、人工膀胱　14、ペースメーカー　15、その他

感染症　（所見無し　検査不要　・　診断書に記載　・　有）

疥癬　（あり　・　なし）　　肝炎（HBs　・HCV・　－）

MRSA（現在症状が無く検査不要　・　＋　・　－　）

肺結核　胸部X線（　　年　　月）所見（　　）

注意事項・特記すべき留意事項

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施して下さい

記載日：平成　　年　　月　　日

医療機関名：

医師名：　　印

※　参考：第１部医学管理等－Ｂ００９診療情報提供料（Ｉ）　250点
保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

医療法人　扶恵会　釧路中央病院
訪問リハビリテーション
担当　　柏崎　勇誠
電話　　0154-31-2111　　ＦＡＸ　0154-22-0367