

診療情報提供書（訪問リハビリ依頼書）

記入日（令和 年 月 日）

紹介先の医療機関等名

殿

紹介元の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	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所			
電話番号	()	-	
生年月日	年 月 日	(歳)	職業

最終診療日	令和 年 月 日
-------	----------

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（訪問リハビリテーションに対する依頼・継続も含む）
-------------------------	-------------------------------

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（投与中の薬剤は続紙参照）

要介護状態等区分 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
--

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
--

認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
--

日常生活（ADL）の状況（該当するものに☑）	
移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
着替え <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助

本人・家族の要望

今回受診(現在)での問題点・課題(今後予測されるリスク)

訪問リハビリテーション時の留意事項 及び 中止基準

訪問リハビリテーションの終了目安 及び 今後の方針、継続が必要な理由

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ァイル、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、保険所名等を記入すること。かつ利用者又は入所者の住所及び電話番号を必ず記入すること。 4. 訪問リハビリテーションは、最終診察日から3カ月間が有効期間。毎月1回以上の訪問診療または往診の有・無。
----	--