

診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設 リハパーク舞岡 訪問リハビリテーション

医師 飯田秀夫 宛

医療機関等の所在地

名称

電話番号

この診療情報提供書により下記患者の訪問リハビリテーションサービスを許可する。

医師氏名

利用者氏名		性別	男	女			
利用者住所							
電話番号							
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳	
要介護度		寝たきり度		認知症度			

傷病名

現在服用している薬剤

既往歴

症状の経過および治療経過

リハビリテーション内容

- 筋力の改善 日常生活動作訓練 社会参加活動移行への支援 QOLの改善 認知機能の改善
介助方法など家族指導 その他 ()

本人及び家族の意向

本人：

家族：

禁忌および注意事項（中止基準がある場合は具体的にご記載ください）

備考