

診療情報提供書(訪問リハビリテーション指示書)

最新の診療日： 平成 年 月 日

※訪問リハビリテーションの実施は、上記診療日から3か月が限度となります。

(3か月に1回の御指示をお願いいたします。)

患者氏名	殿	生年月日	年	月	日 () 歳
主たる傷病名					
現在の病状・治療状態					
訪問リハビリテーションの指示内容					
<input type="checkbox"/> 身体機能の維持・改善		<input type="checkbox"/> 基本動作訓練・指導			
<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練・指導		<input type="checkbox"/> 歩行・移乗・移動動作訓練			
<input type="checkbox"/> 生活関連動作訓練・指導		<input type="checkbox"/> 呼吸リハビリ			
<input type="checkbox"/> その他()					
特記すべき留意事項・リスク管理・運動中止基準等					

上記のとおり、訪問リハビリテーションの指示をいたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

F A X

医師氏名

印

事業所 訪問リハビリステーション東和会 殿

※参考 【診療情報提供料 I】

在宅患者の医学管理を主として担当する保険医療機関と訪問リハビリテーションを行う医療機関のとの間で患者の診療情報を相互に提供する場合に算定する。