

診療情報提供書 及び 訪問リハビリテーション依頼書

紹介先医療機関等名

平成 ○年○月○日

名四クリニック

訪問リハビリテーション事業所 担当医殿

紹介元医療機関の所在及び名称

三泗病院 内科

医師氏名 四日市 太郎

印

患者氏名	訪問 花子	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
患者住所	四日市市○○町○○番地		
電話番号	059-○○○-○○○	職業	:無職
生年月日	明・大 <input checked="" type="radio"/> 昭・平 ○年○月○日(○歳)		

主たる傷病名

左大腿骨頸部骨折術後の廃用症候群

既往歴及び家族歴

高血圧、糖尿病

感染症の有無

無・有()

訪問リハビリテーションの目的

※以下の目的項目にをお願い致します。

- 日常生活活動の改善 社会参加活動の改善 QOLの改善 身体機能の改善
その他 (歩行獲得)

リハビリテーション実施の際の留意事項、中止基準、負荷、生活上の課題等

血圧 180/100 mmHg以上で中止
低血糖症状出現時中断

リハビリテーション依頼内容

※以下の依頼項目にをお願い致します。

- | | |
|-------|---|
| 評価 | <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能評価 <input type="checkbox"/> 高次脳機能評価 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活動評価 <input type="checkbox"/> 認知症評価 |
| 対応・練習 | <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能練習 <input type="checkbox"/> 高次脳機能練習 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活活動練習 <input type="checkbox"/> 認知機能練習
<input checked="" type="checkbox"/> 介助・介護指導 <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛緩和 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (家屋環境整備) |

症状経過、検査結果及び治療経過

術後回復期を経て自宅へ退院したものの活動量が低下したため、日常生活に支障が生じた。

HbA1c:7.0%

現在の処方薬

変更 : 有 無

ノルバスク 5mg 2錠
アマリール 1mg 1.5錠

緊急時の連絡先

三泗市民病院 内科 四日市太郎まで

不在時の対応法

同科の他医師の指示の通り

備考

妻が○○病院へ入院中

※必要が有る場合は、読紙に記載して添付して下さい。

※必要が有る場合は、画像診断のフィルム、検査の記録の添付をお願い致します。