

診療情報提供書

東京都リハビリテーション病院
地域リハビリテーション科
直通 電話 3616-8622
直通 FAX 3616-1188
担当医 宛

診療機関の所在地・名称 年 月 日

電話 —
FAX —
医師氏名 印

フリガナ 患者氏名		男・女	年	月	日生(歳)
--------------	--	-----	---	---	-----	----

住所: 〒 電話

保険種類: 社保(本/家) ・ 国保 ・ 本人 ・ 障害 ・ 生保 ・ その他()

【傷病名・発症日】

【主訴・症状】

【紹介目的】

- 訪問リハビリテーション依頼
リハビリテーション評価、ホームプログラム指導、介助方法指導、福祉用具選定、家屋改修助言
ADL改善(具体的に)、装具作成
- 身体障害者手帳診断書他診断書作成依頼
- その他(具体的に)

【既往歴・家族歴】

【経過・検査結果】

【現在の処方】

該当するものを○で囲んでください

精神機能障害

意識障害	【有 無】	失語症	【有 無】	意欲低下	【有 無】
精神障害	【有 無】	夜間不眠	【有 無】	徘徊	【有 無】
認知症	【有 無】	記憶障害	【有 無】	その他 ()	

基本動作・ADL

<基本動作>

寝返り	【自立 半介助 全介助】	移乗動作	【自立 半介助 全介助】
起き上がり	【自立 半介助 全介助】	歩行	【自立 半介助 全介助】
坐位保持	【自立 半介助 全介助】	杖(有 無)	装具(有 無)
立ち上がり	【自立 半介助 全介助】	車椅子操作	【自立 半介助 全介助】

<ADL>

食事	【自立 半介助 全介助】	更衣	【自立 半介助 全介助】
整容	【自立 半介助 全介助】	入浴	【自立 半介助 全介助】

<排泄障害>

尿意	【有 無 失禁】	便意	【有 無 失禁】	オムツ	【有 無 失禁】
排泄動作	(トイレ ポータブルトイレ 尿器 留置カテ)	入浴方法	()		

<コミュニケーション>

話す	【可能 困難 不可】	聞く(理解)	【可能 困難 不可】
----	------------	--------	------------

<嚥下障害>

嚥下障害 【有 無】 有の場合の栄養法(経口・経鼻・PEG・IVH・その他) ()

<その他の医療処置> ()

リハビリテーション施行歴 【有 無】 有の場合 病院名 ()

(理学療法 作業療法 言語療法) (ベッドサイド、訓練室)

頻度 【ほぼ毎日、週3~4回、週1~2回、その他()】

生活

同居家族 【有 無】 有の場合:その詳細 ()

氏名/本人との関係 ()

主たる介護者 (/) 連絡先 ()

キーパーソン (/) 連絡先 ()

本人・家族の希望

本人:

家族:

身体障害者手帳・介護保険

身体障害者手帳: ()級 【肢体不自由・言語障害・その他()】

()級 【肢体不自由・言語障害・その他()】

要介護度:

サービス利用状況(利用頻度・曜日)

居宅療養管理指導:	通所リハビリ:
訪問看護:	通所介護:
訪問リハビリ:	短期入所:
訪問介護:	通院:
訪問入浴:	その他:

連絡方法: 1. 患者・家族へ直接連絡 ケアマネージャー:

連絡 (2. ケアマネージャーに ケアマネージャー連絡先:

3. その他()