

平成 年 月 日

診療情報提供書

紹介先医療機関名：住吉内科眼科クリニック

担当医師：藤山 勝巳 先生御侍史

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号：

FAX：

診療科名：

医師氏名：

印

患者氏名： 殿 性別： 男・女
患者住所： 電話番号：
生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳

【傷病名】

【紹介目的】

【既往歴及び家族歴】

【病状経過及び検査結果治療経過】

【現在の処方】

【備考・特記すべき留意事項】

【在宅訪問リハビリ内容】

- 筋力増強訓練 関節可動域訓練 歩行訓練 転倒予防指導
ADL（移乗・排泄・更衣・入浴等）訓練 IADL（調理・掃除・洗濯等）訓練
環境調整・住宅改修の相談 福祉用具の相談 自宅・地域で出来る活動や余暇活動への支援
コミュニケーション訓練・指導 摂食・嚥下訓練・指導
その他（)