

診療情報提供書

医療法人社団東光会 茂原中央病院 担当医 殿 年 月

紹介元医療機関（名称・所在地・電話番号） (最終診療日 年 月 日)

主治医氏名 _____ 印

患者氏名： 性別： 男 ・ 女

生年月日： 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）

既往歴・合併症

症状経過・検査結果・治療経過（投薬状況）

依頼内容	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> (月)
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
リハビリ指示内容	その他 (<input type="checkbox"/> 生活機能改善 <input type="checkbox"/> 生活機能低下予防 <input type="checkbox"/> 生活機能維持)
実施前の留意事項・中止基準・負荷量など(いずれか1つ以上)	
<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 脱臼肢位【 】 <input type="checkbox"/> 糖尿病・血糖状態【 】 <input type="checkbox"/> 血圧【 】 <input type="checkbox"/> 不整脈【 】 <input type="checkbox"/> 疼痛【 】 <input type="checkbox"/> 運動負荷【 】 <input type="checkbox"/> 物理療法の禁忌【 】	
その他	<input type="checkbox"/> 中止基準
	<input type="checkbox"/> 禁忌事項

見本 診療情報提供書

医療法人社団東光会 茂原中央病院 担当医 殿	年	月
紹介元医療機関（名称・所在地・電話番号）	（最終診療日	年 月 日）
もばら〇〇医院 茂原市〇〇123-4 0475-12-3456	主治医氏名	茂原 太郎 印

患者氏名：	桜田 花子	性別： 男 ・ 女
生年月日：	明 ・ 大 昭 10年 11月 11日（83歳）	

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）

#1 脳梗塞（右片麻痺、失語症） #2 右大腿骨頸部

既往歴・合併症

#3 高血圧症（平成18年より当院にて服薬加療）

症状経過・検査結果・治療経過（投薬状況）

H28年4月1日に#1発症し、A医療機関に救急搬送される。その後リハビリテーションを目的にB病院に転院し、T字杖歩行でADL自立したため、11月1日自宅退院となる。H29年6月1日、散歩中に転倒、#2受傷し、A医療機関にて大腿骨頭置換術を施行、リハビリテーションを受け、車椅子での自宅退院となった。高血圧については120/70台でコントロール良好。服薬状況については別紙参照。

依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> （ヶ月）
	<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション

リハビリ指示内容	歩行能力の強化、入浴動作の自立。
	その他（ <input type="checkbox"/> 生活機能改善 <input type="checkbox"/> 生活機能低下予防 <input type="checkbox"/> 生活機能維持 ）

実施前の留意事項・中止基準・負荷量など(いずれか1つ以上)

<input checked="" type="checkbox"/> 転倒	<input type="checkbox"/> 脱臼肢位【	<input type="checkbox"/> 糖尿病・血糖状態【
<input type="checkbox"/> 血圧【	<input type="checkbox"/> 不整脈【	<input checked="" type="checkbox"/> 疼痛【 膝 】
<input type="checkbox"/> 運動負荷【	<input checked="" type="checkbox"/> 物理療法の禁忌【 電気治療 】	

その他	<input type="checkbox"/> 中止基準 胸痛、胸部圧迫感、強い呼吸苦、冷汗、意識状態の変化、めまい、急な脱力、普段と違う反応
	<input type="checkbox"/> 禁忌事項 抗凝固薬を服用しているので出血リスクには十分気をつけてください