

# 【 訪問リハビリ 情報提供書 】

令和 年 月 日

医療生協さいたま 川口診療所  
担当医

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

患者様情報	
(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日生 ( 歳)
住 所	
電話番号	
【 現病歴 】 (生活機能低下の原因となった傷病名・経過等)	
【 既往歴 】	
【 服薬内容 】 (患者様用薬の説明書のコピーでも可)	
【 現在の状態・問題点 】	
【 リハビリの目標 / 今後の方針 】	
【 リハビリテーション実施上の留意事項 】 (今後予測されるリスク等)	
リハビリ中止血圧	: ( mmhg) 以上・( mmhg) 以下
リハビリ中止脈拍	: ( 回/分) 以上・( 回/分) 以下
階段昇降	: 可 ・ 不可 ( )
禁忌肢位	: 有 ・ 無 ( )
その他	:
【 備 考 】	

\*この情報提供書は訪問リハビリ提供の為のものです。必要がある場合は検査等のデータを添付してください。

2023/5月 改定