

# 診療情報提供書（訪問リハビリテーション）

指示期間：3か月を限度とする

【患者氏名】	【生年月日】
殿	M・T・S・H 年 月 日
【主たる傷病名】	
【現在の症状・治療状態】	
【希望する在宅訪問リハビリの指示事項】	
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練
<input type="checkbox"/> 基本動作訓練	<input type="checkbox"/> 歩行・移乗・移動動作訓練
<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練	<input type="checkbox"/> 生活・療養相談
<input type="checkbox"/> 呼吸リハビリ	<input type="checkbox"/> 嚥下リハビリ
<input type="checkbox"/> その他（	）
【特記すべき留意事項】	

平成 年 月 日 より 3か月

上記のとおり訪問リハビリテーションの指示を致します。

医療機関名

住所

電話

FAX

医師名

印

※参考 【診療情報提供料 I】

在宅患者の医学管理を主として担当する保険医療機関と訪問リハビリテーションを行う保険医療機関との間で患者の診療情報を相互に提供する場合に算定する。

【訪問リハビリテーション】

計画的な医学的管理を行っている医師の診療の日から3か月以内に行われた場合に算定する。

整友会 訪問リハビリテーション(江崎病院、鷹丘クリニック)

江崎病院 TEL 0532-55-2525 FAX 0532-56-2656  
鷹丘クリニック TEL 0532-74-8881 FAX 0532-74-8882