

診療情報提供書

医療法人社団武蔵野会 TMG 宗岡中央病院 担当医殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関 所在地 :
名称 :
電話番号 :

医師氏名

印

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

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名)

既往歴・合併症

症状経過・検査結果・治療経過(投薬状況)

装着・使用医療器具等

- 酸素療法 (安静時 \varnothing 動作時 \varnothing) 人工呼吸器 (設定)
 気管カニューレ 中心静脈栄養 経管栄養 留置カテーテル ドレーン
 ペースメーカー 人工肛門 人工膀胱 その他 ()

リスク・注意事項・特記事項(リハビリテーション実施時の留意点)

リハビリ指示事項

- 起居動作練習
 座位保持練習
 起立・立位練習
 歩行練習
 日常生活動作練習

- 拘縮予防・改善
 筋力強化練習
 摂食・嚥下機能練習
 呼吸機能練習
 家事動作練習

- 家族への介助指導・相談
 自主トレーニング指導
 補助具福祉用具の選定
 家屋改修検討
 その他

()

特記事項

訪問リハビリテーションを実施することを指示します。

平成 年 月 日

TMG 宗岡中央病院

〒353-0001 埼玉県志木市上宗岡 5 丁目 14 番 50 号

TEL : 048-472-9211

医師氏名

印