

## 訪問リハビリテーション診療情報提供書(指示書) 作成依頼書

事業所名：  
電話：  
FAX：



碧南市民病院 患者サポート室  
電話：0566-48-5050  
FAX：0566-46-3774(直通)

新規    継続    変更

外来    入院中

患者名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ (ID: \_\_\_\_\_ )

診療科： \_\_\_\_\_ 医師名： \_\_\_\_\_

訪問リハビリ(診療情報提供書)【指示期間：    /    】

現在の状況	日常生活自立度	寝たきり度	_____
		認知症の症状	_____
	要介護認定の状況		<input type="checkbox"/> 申請中

● リハビリテーション目的

- 身体機能の維持・向上       日常生活動作(ADL)能力の維持・向上  
 社会参加       嚥下機能の維持・向上       その他

● その他(診療情報提供書に記載を希望する内容、留意事項、指示事項等)

碧南市民病院記載用 担当者( \_\_\_\_\_ )

汎用入力       リスト入力       会計提出