

紹介先医療機関等名

浅草病院

開始時

担当医

科

殿

平成

年

月

日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名

患者住所

性別 男・女

電話番号

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 歳) 職業

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)

紹介目的

既往歴

家族歴

症状経過、検査結果及びリハビリテーション実施経過

現在の処方

日常生活活動(ADL)の状況(現在該当するものに○)

移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

(その他、ADL、IADL、精神機能、感覚機能の状況等についてご記入ください。)

主たる障害：身体障害

知的障害

精神障害

障害程度区分：区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6

(有効期限： 年 月 日～ 年 月 日)

本人及び家族の意見・要望

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)留意事項等

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先障害者施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。