

# 診療情報提供書

医療法人社団 武蔵野会 狹山神経内科病院 院長 沼山貴也殿

年 月 日

紹介元医療機関 所在地：  
名称：  
電話番号：

医師名：

印

患者氏名： 様 性別： 男・女

生年月日： 年 月 日 ( 歳)

住所： 電話番号：

診断名 既往歴・合併症・家族歴

## 要介護認定

申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

## 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  動作時  )  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  MI-E(測定値： )  その他( )

リハビリテーション目標 本人家族の希望

## リハビリテーション施行上の注意事項

## 緊急時の連絡

電話番号：

表面の情報提供を受け、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

リハビリテーション指示内容

PT

- ROM訓練
- 筋力維持・強化訓練
- 基本動作訓練
- ADL訓練
- 歩行訓練
- 呼吸リハ
- その他（車椅子乗車）

OT

- ROM訓練
- 筋力維持・強化訓練
- 上肢機能訓練
- ADL訓練
- 高次脳機能訓練
- その他（車椅子乗車）

ST

- 言語訓練
- 筋力維持・強化訓練
- 摂食・嚥下機能訓練
- 高次脳機能訓練
- コミュニケーション支援
- その他

リハビリテーションの目的：

年 月 日

医療機関： 医療法人社団 武蔵野会 狹山神経内科病院

住所： 〒350-1314 埼玉県狭山市加佐志65

電話： 04-2950-0500

FAX： 04-2950-6611

医師名：

印

医療法人社団 武蔵野会 狹山神経内科病院

# 診療情報提供書

医療法人社団 武蔵野会 狹山神経内科病院 院長 沼山貴也殿

2025年 1月 1日

紹介元医療機関 所在地： 埼玉県〇〇市〇〇町1-1  
名称： 〇〇病院  
電話番号： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇  
医師名： 〇〇 印

患者氏名： 狹山 太郎様 性別： 男 • 女

生年月日： 1960年 3月 3日 ( 64 歳)

住所： 埼玉県狭山市〇〇町3-3 電話番号： 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

診断名 既往歴・合併症・家族歴

筋萎縮性側索硬化症 腰椎すべり症

## 要介護認定

申請中 • 要支援1 • 要支援2 • 要介護1 • 要介護2 • 要介護3 • 要介護4 • 要介護5

## 症状経過・検査結果・治療経過（投薬状況）

スパイロメトリー実施。%VC：60%。前回検査時(2024/1/1)と比較して5%低下。

かかりつけの先生に、表面(診療情報提供書)の記入をご依頼ください。

## 装着・使用医療器具等

- 酸素療法（安静時  動作時 ）  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  MI-E（測定値：）  その他（）

## リハビリテーション目標

身体機能維持

本人家族の希望

上肢機能を維持したい

## リハビリテーション施行上の注意事項

腰椎すべり症のため体幹伸展は禁忌

## 緊急時の連絡

狭山 花子様（妻）

電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇（携帯）

表面の情報提供を受け、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

リハビリテーション指示内容

PT

- ROM訓練
- 筋力維持・強化訓練
- 基本動作訓練
- ADL訓練
- 歩行訓練
- 呼吸リハ
- その他（車椅子乗車）

OT

- ROM訓練
- 筋力維持・強化訓練
- 上肢機能訓練
- ADL訓練

ST

- 言語訓練
- 筋力維持・強化訓練
- 摂食・嚥下機能訓練
- 高次脳機能訓練

リハビリテーション支援

裏面は、当事業所の医師が記入いたします。

リハビリテーションの目的：

年       月       日

医療機関： 医療法人社団 武藏野会 狹山神経内科病院

住所： 〒350-1314 埼玉県狭山市加佐志65

電話： 04-2950-0500

FAX： 04-2950-6611

医師名：

印

医療法人社団 武藏野会 狹山神経内科病院