

診療情報提供書

医療法人社団 東光会 狭山神経内科病院 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 ℓ 動作時 ℓ） ☐ 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 東光会 狭山神経内科病院

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 東光会 狭山神経内科病院

診療情報提供書

医療法人社団 東光会 狭山神経内科病院 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： 狭山 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）

症状経過・治療経過：

2023年1月頃から右上肢の筋力低下を自覚。2023年7月当院初診、8月入院精査し筋萎縮性側索硬化症と診断されました。2024年1月からラジカット開始。副作用はありません。

検査結果：

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 〇 動作時 〇） ☐ 人工呼吸器（設定 〇）
☐ 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： 〇 ） ☐ その他（ 〇 ）

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

〇〇病院

電話番号： 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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
- ・ ケーション支援

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 東光会 狭山神経内科病院

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 東光会 狭山神経内科病院