

ご担当先生御机下

【診療情報提供書ご記載のお願い】

当事業所ご利用の_____様の訪問リハビリテーションサービスご利用にあたり、ご担当の先生から診療情報提供書のご記載をお願いいたします。

—ご記載にあたり—

① 貴院使用の書式での情報提供をお願いいたします。また利用者の傷病名や心身機能や活動などに関わるアセスメント情報に加え、以下のうちいずれか1つ以上のご記載をお願いいたします。

- 1) リハビリテーション開始前又は実施中の留意点
- 2) リハビリテーション中止とする際の基準
- 3) リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等

② 診療情報提供書は、初回は必ずご記載をお願いしておりますが、その後は6ヶ月に1度の情報提供をお願いしております。ただしご利用者の急激な状態の悪化や介護度に2つ以上の変化がみられた場合には都度の情報提供をお願いしております。

③ 訪問リハビリテーション提供の加算にまつわる確認事項として、以下の項目が令和6年3月31日までに必要になります。現在の先生の研修状況について、以下にチェックのご協力をお願いいたします。

- 1 「適切な研修の終了等」 修了 未終了
- 2 日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修のうち、以下のいずれか1つを取得した上で、この診療情報提供書の作成する月から36か月の間に合計6単位以上を取得している。「フレイル予防・高齢者総合的機能評価。老年症候群」、「栄養管理」、「リハビリテーション」、「摂食嚥下障害」

修了 未修了

ご不明な点につきましては、お手数ではありますが、クリニックまでお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。尚、当用紙は診療情報提供書に添付してお渡しく下さい。

890-0051

鹿児島県鹿児島市高麗町39番11号 慈愛の郷1階

TEL 099-812-7712

FAX 099-802-2273

公益財団法人慈愛会 高麗町クリニック

院長 木原 浩一

訪問リハビリテーション 理学療法士 西村允宏／本室勝彦