

〈 月～ 月分 〉

診療情報提供書

(訪問リハビリテーション指示書)

発行日 年 月 日

(医療機関名)

(住所)

(電話番号)

(医師氏名)

印

下記の通り、指定訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

(フリガナ) ご利用者氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S 年 月 日生	年齢	
ご住所			
電話番号			
主たる疾患の 治療経過	疾患名		
	発症日	年 月 日	
	入院期間	年 月 日 (医療機関名)	
	治療経過	～ 年 月 日	
既往疾患 合併症等			
実施時の 禁忌・留意事項		感染症の 有無	
現在の心身機能			
<input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 認知症(軽度・中等度・重度) <input type="checkbox"/> 運動麻痺 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 関節拘縮			
<input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 姿勢異常・変形 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 言語障害			
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(失行・失認) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害 <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 <input type="checkbox"/> 心肺機能障害			
<input type="checkbox"/> 疼痛の有・無 <input type="checkbox"/> その他()			
リハビリテーションの実施内容			
<input type="checkbox"/> 関節可動域改善 <input type="checkbox"/> 移乗動作訓練 <input type="checkbox"/> 口腔・摂食訓練 <input type="checkbox"/> 家屋改造・環境設定			
<input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 移動動作訓練 <input type="checkbox"/> 肺機能訓練 <input type="checkbox"/> 生活指導			
<input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> トイレ動作訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 自主訓練指導			
<input type="checkbox"/> 運動機能回復 <input type="checkbox"/> 食事動作訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 家族への介助指導			
<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 整容・更衣動作 <input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> マッサージ			
<input type="checkbox"/> 階段昇降訓練 <input type="checkbox"/> 入浴動作訓練 <input type="checkbox"/> その他()			