

診療情報提供書(訪問リハビリテーション指示書)

ふりがな 患者氏名	様 T・S・H・R 年 月 日生(歳) 男・女
患者住所	(電話: - -)
主たる傷病名	(1) _____ (2) _____ 発症日または手術日: 年 月 日 発症日または手術日: 年 月 日
現在の病状・ 治療経過など	
投与中の薬剤	
要介護認定の状況	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
装置・使用医療 機器等	<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素治療(ℓ / min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> その他(_____)
緊急時の連絡先 不在時の対応	(電話: - -)
直近退院日等	直近の退院日: 年 月 日 (直近の介護認定日: 年 月 日)
リハビリテーション の目的	
指示項目	<input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力強化練習(上肢 下肢 体幹) <input type="checkbox"/> 基本動作練習 <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 <input type="checkbox"/> 家事動作練習 <input type="checkbox"/> 環境調整(住宅改修・福祉用具の検討) <input type="checkbox"/> 生活指導(寝たきり防止・転倒予防・自主トイレ等) <input type="checkbox"/> コミュニケーション練習 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下練習 <input type="checkbox"/> その他(_____)
特記すべき 留意事項	※算定要件項目のため、必ず記載をお願いいたします。 ・ <u>中止基準</u> 1. 血圧: 上限 _____ mmHg 以上/下限 _____ mmHg 2. 脈拍: _____ bpm 3. 酸素飽和度: _____ % 以下 ・ <u>その他の留意事項(内科的・整形外科的)</u> ・ <u>禁忌事項</u>

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示します。

年 月 日

医療機関名:
住 所:
電 話:
F A X:
医 師 氏 名:

印



医療法人社団寿会 小林病院 リハビリテーション部
(事業者番号: 1213610193)