

診療情報提供書 (訪問リハビリテーション指示書)

[紹介先]
医療法人社団協友会 千葉愛友会記念病院
訪問リハビリテーション担当医師 御侍史

[紹介元]
医療機関の名称：

所在地：

電話番号：

担当医師 _____ 印

ご多忙中のところ恐れ入りますが、当事業所にて訪問リハビリを実施するにあたり、当該利用者様についての情報が必要となりましたので、以下書面への記入をお願い申し上げます。

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|-----|------|-----|---------|----|-----|------|-----|
| 利用者氏名 | 様 | 男・女 | 年 | 月 | 日生 (歳) | | | | |
| 利用者住所 | | | | | | | | | |
| 傷病名 既往歴 | | | | | | | | | |
| 経過 | | | | | | | | | |
| 現在の処方 | | | | | | | | | |
| 日常生活活動(ADL)の状況 (該当するものに○) | | | | | | | | | |
| 移動 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 食事 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 |
| 排泄 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 入浴 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 |
| 着替 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 整容 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 |
| リハビリの目的 | | | | | | | | | |
| リハビリ実施に伴う指示 | ※下記のいずれかの項目1つ以上のご指示をお願い致します <input type="checkbox"/> 開始前もしくは実施中の留意事項： <input type="checkbox"/> リハビリ中止基準： <input type="checkbox"/> 運動負荷： <input type="checkbox"/> その他： | | | | | | | | |
| リハビリ指示内容 | <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力強化練習 <input type="checkbox"/> 座位保持練習 <input type="checkbox"/> 歩行動作練習 <input type="checkbox"/> 起居動作練習 <input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> 精神的アプローチ <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | |