

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									