

診療情報提供書（訪問リハビリテーション指示書）

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|
| 患者氏名 | フリガナ | 生年月日 | 明治・大正・昭和 |
| | | 様（男・女） | 年 月 日（ 歳） |
| 患者住所 | | | |
| 現在の状況（該当項目に○印） | | | |
| 主たる傷病名 | | | |
| 症状・治療現在の状態 | | | |
| 投与中の薬剤の用量・用法 | | | |
| 感染の有無 | 無 ・ 有 （ ） | | |
| 要介護認定の状況 | 要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） | | |
| 装具・使用医療機器等 | 1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(L/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃ろう) 8. 膀胱留置カテーテル 9. 人工呼吸器(設定) 10. 気管カニューレ 11. 人工肛門 12. その他() | | |
| 特記事項・留意事項（リハビリの中止基準など） 【留意事項】 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 血圧低下 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他 【中止基準】 <input type="checkbox"/> あり 運動時の血圧上限（ / mmHg） 運動時の最大心拍数（ 回/分） | | | |
| 訪問リハビリテーション指示事項 ※必ず1つ以上 数字に“○”、必要な項目に“レ点”をお願いします 1. 身体機能訓練 <input type="checkbox"/> 機能訓練（関節可動域・筋力） <input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> 自主トレーニング指導 2. 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練（起居・移乗） <input type="checkbox"/> 歩行訓練（ <input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外） <input type="checkbox"/> 食事・入浴・トイレ・更衣・整容動作訓練 <input type="checkbox"/> 自宅でできる運動・生活指導（寝たきり防止策等） 3. 介護指導 <input type="checkbox"/> 家族等への介護・介助方法の指導 <input type="checkbox"/> 福祉用具の相談・助言 4. その他 | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | |

訪問リハビリテーション指示期間（令和 年 月 日(直近診療日)より3ヶ月）

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電話・FAX
医師氏名

印

医療法人社団 恵信会 友仁病院 訪問リハビリテーション 殿

〒136-0071 江東区亀戸2-41-1 Tel: 03-3683-5661 Fax: 03-3637-6018