パークサイドなごみ訪問リハステーション　宛

# 訪問リハビリテーション指示書 兼 情報提供書

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>氏　名 | | 男 ・ 女 | 電話番号 |
| | | 生年月日 | 年　月　日（　歳） |
| 住　所 | 〒 | | |
| 主な疾病名 | ①　④<br>②　⑤<br>③　⑥ | | |
| 病状治癒状況 | （　安　定　・　要注意　・　不安定　） | | |
| 特記事項及び注意事項 | | | |
| 感染症の有無（有る場合は具体的に記入してください）<br>□ 無　□ 有　（　）□ 不 明 | | | |
| 日常生活自立度 | 寝たきり　：　自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2<br>認知症　：　自立 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M | | |
| 訪問リハビリテーション指示　（ □ 開 始　□ 継 続　□ 中 止　□ 終 了　）<br>□ 基本動作運動　□ 疼痛緩和<br>□ 生活関連動作　□ 家屋環境整備等指導<br>□ 筋力増強運動　□ 精神心理援助<br>□ 関節可動域運動　□ その他　（　） | | | |
| 終了の目安・時期 | | | |
| 現状の問題点・課題・今後予想されるリスク | | | |
| 緊急時連絡先 | | | |
| 不在時の対応 | | | |

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施してください。

平成　　年　　月　　日

医療機関名

住　　所

電　　話

医師氏名　　㊞