

訪問リハビリテーション 診療情報提供書

氏名		男・女	電話番号	
		生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	〒			
要介護認定の状況	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
主な疾病名	①			④
	②			⑤
	③			⑥
病状治癒状況	(安定 ・ 要注意 ・ 不安定)			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 不明			
注意事項				
訪問リハビリテーション指示内容 (<input type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 終了) <input type="checkbox"/> 筋力増強運動 () <input type="checkbox"/> 疼痛緩和 <input type="checkbox"/> 関節可動域運動 () <input type="checkbox"/> 家屋環境整備等指導 <input type="checkbox"/> 生活関連動作 () <input type="checkbox"/> 精神心理援助 <input type="checkbox"/> 基本動作運動 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
訪問リハビリテーション実施時における特記事項・注意点などの指示：必須項目				
<input type="checkbox"/> 開始前・実施中の留意事項 <input type="checkbox"/> 中止時の基準(バイタルサイン) <input type="checkbox"/> 運動負荷量の設定 <input type="checkbox"/> その他		指示内容の詳細 (左記詳細)		
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。

診療日：平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名