

## 訪問リハビリテーション 診療情報提供書

フリガナ 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：令和            年            月            日

医 療 機 関 名

住            所

電            話

医 師 氏 名