

診療情報提供書(兼訪問リハビリテーション指示書)

医療法人社団 七仁会 田園調布中央病院 宛

年 月 日

紹介元医療機関 所在地:
名称:

医師氏名: 印

患者氏名:	性別:	生年月日:	年	月	日 (歳)
住 所:					

診断名・障害名	既往歴・合併症
---------	---------

日常生活自立度 寝たきり度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

症状経過・検査結果・治療経過(投薬状況)

装着・使用医療器具等

酸素療法 (安静時 L / 分 動作時 L / 分 人工呼吸器 (設定))
 気管カニューレ 中心静脈栄養 経管栄養 留置カテーテル ドレイン
 ペースメーカー 人工肛門 人工膀胱 その他 ()

リスク・注意事項・特記事項 (特にリハビリテーション実施時の留意点)

上記の利用者の診療情報を提供するとともに 訪問リハビリテーションを依頼致します

※以下 当院記載欄

リハビリ指示事項		
<input type="checkbox"/> 起居動作 練習	<input type="checkbox"/> 日常生活動作 練習	<input type="checkbox"/> 高次脳機能 評価
<input type="checkbox"/> 座位保持 練習	<input type="checkbox"/> 拘縮予防・改善	<input type="checkbox"/> 家族への介助指導・相談
<input type="checkbox"/> 起立・立位 練習	<input type="checkbox"/> 筋力強化 練習	<input type="checkbox"/> 自主トレーニング指導
<input type="checkbox"/> 歩行 練習	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能 練習	<input type="checkbox"/> 補助具福祉用具の選定
<input type="checkbox"/> 外出 練習	<input type="checkbox"/> 呼吸機能 練習	<input type="checkbox"/> 家屋改修検討
<input type="checkbox"/> 階段昇降 練習	<input type="checkbox"/> 家事動作 練習	<input type="checkbox"/> その他 ()
特記事項 ※下記いずれかの項目ひとつ以上へご指示必須でお願い致します		
リハ目的:	運動負荷・強度の設定:	
中止基準:	その他:	
留意事項:		

上記の通り 訪問リハビリテーションの実施を指示します

年 月 日

医療法人社団 七仁会 田園調布中央病院

医師氏名: 印