

診療情報提供書（訪問リハビリテーション）

フリガナ：																			
氏名： 様 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		生年月日： 年 月 日生（ 歳）																	
傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）																			
#1 #2 #3																			
<input type="checkbox"/> 前回と変化なし																			
症状経過、検査結果及び治療経過																			
<input type="checkbox"/> 前回と変化なし																			
現在の処方																			
1. 2. 3. 4. 5. 6.																			
<input type="checkbox"/> 前回と変更なし																			
要介護状態区分																			
<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>要支援1</td> <td>要支援2</td> <td>要介護1</td> <td>要介護2</td> <td>要介護3</td> <td>要介護4</td> <td>要介護5</td> </tr> <tr> <td colspan="7">(有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日)</td> </tr> </table>						要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	(有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日)						
要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5													
(有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日)																			
リハビリテーションの目的																			
<input type="checkbox"/> 機能維持・回復訓練 <input type="checkbox"/> IADL 向上への働きかけ <input type="checkbox"/> ADL 向上への働きかけ <input type="checkbox"/> 役割の創出、社会参加の実現																			
<input type="checkbox"/> 前回と変更なし																			
指示内容																			
<input type="checkbox"/> 運動療法 <input type="checkbox"/> 日常生活動作の指導及び訓練 <input type="checkbox"/> その他具体的指示 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 利用者・家族介護者への精神的支援 <input type="checkbox"/> 屋外移動訓練 <input type="checkbox"/> 家族・介護者への介助方法の指導																			
<input type="checkbox"/> 前回と変更なし																			
リスク管理及び訓練実施の可否について																			
<input type="checkbox"/> 土肥・アンダーソンの基準に準ずる <input type="checkbox"/> 血圧（収縮期： mmHg 以上 mmHg 以下） <input type="checkbox"/> 経皮的酸素飽和度（ ）%以下 <input type="checkbox"/> 脈拍 頻脈（ ）回/分以上 徐脈（ ）回/分以下 <input type="checkbox"/> 血糖（ ）以上（ ）以下 <input type="checkbox"/> その他（ ）																			
<input type="checkbox"/> 前回と変更なし																			
緊急時の連絡先		() 携帯電話 ()																	
不在時の対応方法																			

上記のとおり、訪問リハビリテーション実施のための診療情報を提供いたします。

年 月 日

医療機関名：

住所：

電話：

医師氏名：

