

診療情報提供書（訪問リハビリテーション）

指示書有効期間 3ヶ月

フリガナ 患者氏名	生年月日	年	月	日	歳
患者住所	電話番号 ()				
	緊急時の連絡先				
主たる傷病名	医師不在時の対応方法				
病状・治療状態	投与中の薬剤				
胸部X-P (直接・間接所見)	検査データ				
	感染症の有無(有・無) ・HBs抗原 ・HCV抗体 ・MRSA ・その他				
現在の状況 ※要介護認定 要介護(1 2 3 4 5)・要支援(1 2) ※寝たきり度 (J A1 A2 B1 B2 C)			※認知症の状況 有(I IIa IIb IIIa IIIb IV M)・無		
訪問リハビリテーションの目的					
訪問リハビリテーションに対する指示事項 1. 筋力向上訓練 2. 関節可動域訓練 3. 基本動作練習 4. 歩行練習 5. 日常生活動作練習 6. 家事動作練習 7. 生活指導・介護指導 8. 廃用予防 9. その他 ()				リスク・注意点等	
上記の通り、訪問リハビリテーションの実施にあたり情報提供いたします。					
令和 年 月 日					
医療法人昌峰会 加藤病院 担当医師宛				医療機関名 住 所 電話番号 F A X 医師 氏名	
				印	