

診療情報提供書及び訪問リハビリテーション指示書

医療法人 悠隆会 訪問リハビリテーション事業所

指示期間: 年 月 日まで

患者氏名	様	男・女	生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
患者住所							電話番号	
傷病名、障害名 (発症、受傷日等)								
現 在 の 状 況	病状、治療 状 態							
	投与中の 薬剤の 用量、用法							
	日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
		認知症老人の日常生活自立度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M					
	要介護認定の状況	要支援1・要支援2・要介護(1・2・3・4・5)						
日常生活動作(ADL)	○食事:自立/一部介助/全介助 (食形態:)		○更衣:自立/一部介助/全介助					
	○移乗:自立/一部介助/全介助		○整容:自立/一部介助/全介助					
	○移動:自立/一部介助/全介助 (装具、杖等:)		○入浴:自立/一部介助/全介助					
リハビリの指示事項								
<input type="checkbox"/> 起居動作練習 <input type="checkbox"/> 拘縮予防 <input type="checkbox"/> 家族への介助指導・相談 <input type="checkbox"/> 座位保持練習 <input type="checkbox"/> 筋力強化練習(部位:上肢・体幹・下肢) <input type="checkbox"/> 趣味活動・社会参加 <input type="checkbox"/> 起立・立位保持練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能練習 <input type="checkbox"/> 生活指導(転倒予防・自主トレ等) <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 <input type="checkbox"/> 補助具・福祉用具の選定 <input type="checkbox"/> 呼吸機能練習 <input type="checkbox"/> 家事動作練習 <input type="checkbox"/> 家屋改修検討								
本人および家族の要望				現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)				
特記すべき留意事項								
<input type="checkbox"/> 中止基準 ①血圧 _____ mmHg以上 / _____ mmHg以下 ②脈拍 頻脈(回/分以上) 徐脈(回/分以下) ③酸素飽和度 SPO ₂ %以下 ④血糖 _____ 以上 _____ 以下 <input type="checkbox"/> その他の症状 <input type="checkbox"/> 禁忌事項								

上記の通り、指定訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。 年 月 日

医療機関名
住所
電話・FAX
医師氏名 印