

診療情報提供書

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 <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 起居動作練習</td> <td><input type="checkbox"/> 拘縮予防</td> <td><input type="checkbox"/> 家族への介助指導・相談</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 座位保持練習</td> <td><input type="checkbox"/> 筋力強化練習(部位:上肢・体幹・下肢)</td> <td><input type="checkbox"/> 趣味活動・社会参加</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 起立・立位保持練習</td> <td><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能練習</td> <td><input type="checkbox"/> 生活指導(転倒予防・自主トレ等)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歩行練習</td> <td><input type="checkbox"/> 日常生活動作練習</td> <td><input type="checkbox"/> 補助具・福祉用具の選定</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 呼吸機能練習</td> <td><input type="checkbox"/> 家事動作練習</td> <td><input type="checkbox"/> 家屋改修検討</td> </tr> </table>										<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
<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 <p><input type="checkbox"/> 中止基準</p> <p>①血圧 _____ mmHg以上 / _____ mmHg以下</p> <p>②脈拍 頻脈(_____ 回/分以上) 徐脈(_____ 回/分以下)</p> <p>③酸素飽和度 SPO₂ _____ %以下</p> <p>④血糖 _____ 以上 _____ 以下</p> <p><input type="checkbox"/> その他の症状</p> <p><input type="checkbox"/> 禁忌事項</p>																								

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