診療情報提供書（リハビリテーション指示）

氏名 様　男・(女)	生年月日 明・大・(昭)　年　月　日生（　歳）
主傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）、既往歴など	
症状経過、検査結果及び治療経過	

要介護認定の状況	要支援（ 1 ・ 2 ）要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
障害高齢者日常生活自立度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2
認知症高齢者日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M
感染症の有無	なし ・ あり：

現在の処方

リハビリテーション指示事項

主治医意見	

リハビリテーションメニュー：必要な項目に○

1.起居動作訓練　2.移乗動作訓練　3.座位訓練　4.立位訓練　5.歩行訓練　6.階段昇降訓練
7.屋外歩行訓練　8.関節可動域訓練　9.筋力強化訓練　10.ホームプログラム指導
11.生活動作訓練　12.住宅改修検討　13.家具／補装具配置検討　14. 車椅子操作訓練指導
15.義肢／装具管理　16.日常生活用具管理　17.嚥下訓練　18.摂食訓練　19.言語訓練
20.コミュニケーション方法検討　21.介助方法指導（家族）　22.作業趣味活動指導
23.その他：

具体的な内容/量

リスク管理

通常血圧	／	リハ中止血圧(目安)	／

特記事項・注意事項（リハビリ中止基準等）

緊急時の連絡先	診療時間内：0982 - 46 - 2260	診療時間外：080 - 9245 - 6503

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示します。

※情報提供の基礎となる直近の診療日：令和　年　月　日

※訪問リハビリテーション指示期間：以下より選択してください。

上記診療日より（ 1ヶ月以内 ・ 2ヶ月以内 ・ 3ヶ月以内 ）

西階クリニック　　医療機関：

訪問リハビリテーション　　住所：

作業療法士　　行　　電話（FAX）：

医師氏名：　　印