

診療情報提供書（訪問リハビリテーション指示書）

指示期間（ 年 月 日～ 年 月 日）

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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">医師意見</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">リハビリテーションプログラム：必要な項目に○ 1.リラクゼーション 2.ストレッチ 3.関節可動域訓練 4.筋力訓練 5.座位訓練 6.立位訓練 7.屋内歩行訓練 8.屋外歩行訓練 9.階段昇降訓練 10.自主訓練指導 11.日常生活動作訓練 12.家事動作訓練 13.趣味・余暇活動支援 14.就労支援 15.嚥下訓練 16.摂食訓練 17.言語訓練 18.コミュニケーション方法検討 19.高次脳機能訓練 20.認知機能訓練 21.介助方法指導（家族、他事業所） 22.福祉用具の活用 23.住宅改修検討 24.その他：</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">運動強度・負荷量など</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	医師意見		リハビリテーションプログラム：必要な項目に○ 1.リラクゼーション 2.ストレッチ 3.関節可動域訓練 4.筋力訓練 5.座位訓練 6.立位訓練 7.屋内歩行訓練 8.屋外歩行訓練 9.階段昇降訓練 10.自主訓練指導 11.日常生活動作訓練 12.家事動作訓練 13.趣味・余暇活動支援 14.就労支援 15.嚥下訓練 16.摂食訓練 17.言語訓練 18.コミュニケーション方法検討 19.高次脳機能訓練 20.認知機能訓練 21.介助方法指導（家族、他事業所） 22.福祉用具の活用 23.住宅改修検討 24.その他：		運動強度・負荷量など			
医師意見									
リハビリテーションプログラム：必要な項目に○ 1.リラクゼーション 2.ストレッチ 3.関節可動域訓練 4.筋力訓練 5.座位訓練 6.立位訓練 7.屋内歩行訓練 8.屋外歩行訓練 9.階段昇降訓練 10.自主訓練指導 11.日常生活動作訓練 12.家事動作訓練 13.趣味・余暇活動支援 14.就労支援 15.嚥下訓練 16.摂食訓練 17.言語訓練 18.コミュニケーション方法検討 19.高次脳機能訓練 20.認知機能訓練 21.介助方法指導（家族、他事業所） 22.福祉用具の活用 23.住宅改修検討 24.その他：									
運動強度・負荷量など									
リスク管理	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">通常血圧</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">／</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">リハ中止血圧（目安）</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">／</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">特記事項・注意事項（リハビリの中止基準など）</td> </tr> </table>	通常血圧	／	リハ中止血圧（目安）	／	特記事項・注意事項（リハビリの中止基準など）			
通常血圧	／	リハ中止血圧（目安）	／						
特記事項・注意事項（リハビリの中止基準など）									
緊急時の連絡先：									

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。

情報の基礎となる直近の診療日： _____ 年 月 日

医療機関：

住所：

電話（FAX）：

医師氏名：

印