

## 診療情報提供書 / 訪問リハビリテーション指示書

氏名：	生年月日：明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)
主たる傷病名：	
現在の病状・治療経過など：	
<b>在宅訪問リハビリテーション指示事項</b>	
<input type="checkbox"/> 基本動作練習 □起居 □移乗 □屋内歩行 □屋外歩行 □その他	<input type="checkbox"/> 心臓リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 日常生活動作 □トイレ □着替え □食事 □入浴	<input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 筋力強化運動	<input type="checkbox"/> 嚥下リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 関節可動域運動	<input type="checkbox"/> 家族等への介護指導
<input type="checkbox"/> その他	
<b>特記すべき情報（リスク管理等）</b>	
<input type="checkbox"/> 心不全症状：	
<input type="checkbox"/> 負荷量：	
<input type="checkbox"/> 呼吸状態：	
<input type="checkbox"/> 誤嚥：	
<input type="checkbox"/> 転倒転落：	
<input type="checkbox"/> 疼痛：	
<input type="checkbox"/> 骨折・脱臼：	
<input type="checkbox"/> その他：	

平成 年 月 日 より3か月

上記の通り、訪問リハビリテーションの開始を指示致します。

※3 カ月に 1 回のご指示をお願いいたします。

医療機関：

住所：

電話：

FAX：

医師氏名：