

年	月	日
---	---	---

住所

電話番号

医師氏名

印

診療情報提供書

フリガナ	性別: 男・女
患者氏名:	
住所:	生年月日: 年 月 日

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)※:	感染症(有・無) ⇒HBV・HCV・HIV・疥癬・梅毒・結核等※ 部位:
既往歴※:	

※二回目以降、著変なければ空欄で可

病状変化、検査結果及び治療経過:
現在の処方(書ききれない場合は処方の一覧等を添付):

訪問リハビリテーション方針および目標:	訪問リハビリ3ヶ月継続の理由: <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> ADLの維持・向上 <input type="checkbox"/> その他()
---------------------	---

【指示事項】【運動療法】 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練(四肢、体幹) <input type="checkbox"/> 筋力訓練(四肢、体幹) <input type="checkbox"/> バランス訓練(座位、立位) <input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練(屋内・屋外) <input type="checkbox"/> ADL訓練(食事、入浴、排泄、更衣、移乗、介護指導)	【言語・摂食嚥下療法】 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練(失語症・その他)
---	---

【禁忌・留意事項】 <input type="checkbox"/> 血圧(___ mmHg 以上、 ___ mmHg 以下は中止) <input type="checkbox"/> 脈拍(___ 拍/分以上、 ___ 拍/分以下は中止) <input type="checkbox"/> 血糖(___ mg/dl 以上、 ___ mg/dl 以下は中止) <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(安静時 ___ l/分、運動時 ___ l/分) <input type="checkbox"/> 禁忌部位 _____
--

備考(対策・その他):

今後予想されるリスク:

- 備考
1. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録、続紙の記載等を行い添付すること。
 2. 照会元医療機関が保険医療機関以外である場合は、照会先医療機関名等の欄に照会先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所を必ず記入すること。