

令和 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: 明・大・昭・平 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:

指示事項【運動療法】 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練(四肢、上肢(右・左)、下肢(右・左)、体幹・頸部) <input type="checkbox"/> 筋力訓練(四肢、上肢(右・左)、下肢(右・左)、体幹・頸部) <input type="checkbox"/> バランス訓練(座位、立位、四つ這い) <input type="checkbox"/> ADL 訓練(全て、食事、入浴、排泄、更衣、移乗、介護指導) <input type="checkbox"/> 歩行訓練(屋内・屋外) <input type="checkbox"/> 呼吸訓練	【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"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 血糖(____ mg/dl 以上、____ mg/dl 以下は中止) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 禁忌肢位_____ <input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(安静時____ ℓ/分、運動時____ ℓ/分)

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。