

診療情報提供書(兼訪問リハビリテーション指示書)

医療法人五麟会 黒目川診療所 宛
紹介元医療機関 所在地:
名称:

年 月 日

医師氏名: _____ 印

氏名:	性別:	生年月日:	年齢:	歳
住所:				

診断名・障害名	既往歴・合併症
症状・経過	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
装着/使用 医療機器 等	1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(安静時 l/min 動作時 l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃ろう) 8. 留置カテーテル 9. 人工呼吸器(設定) 10. 気管カニューレ 11. 人工肛門 12. 人工ペースメーカー 13. その他()
感染症	なし・あり ()
投与中の 薬剤の 用量/用法	
終了の時期・目安	
注意事項・特記事項(特にリハビリテーション実施時の留意点)	

上記の利用者の診療情報を提供するとともに訪問リハビリテーションを依頼いたします。

※以下 当院記載欄

リハビリ指示事項	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 階段昇降訓練 <input type="checkbox"/> 介助方法指導(家族・介助者)
<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練 <input type="checkbox"/> 屋外訓練 <input type="checkbox"/> 福祉用具の選定	
<input type="checkbox"/> 座位・起立・立位訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 家屋改修検討(生活環境調整)	
<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 自主トレーニング指導 <input type="checkbox"/> その他()	
留意事項	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 血圧変動 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 呼吸症状 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他()
中止基準	<input type="checkbox"/> 上記所見が認められた時 <input type="checkbox"/> 心拍数 回/分以上 <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 mmHg以上 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧 mmHg以上 <input type="checkbox"/> その他
特記事項(訪問リハビリに対する助言、禁忌等)	

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

診察日 年 月 日
指示期間 年 月 日 ~ 年 月 日

医師氏名 _____ 印