

診療情報提供書及び訪問リハビリテーション指示書

患者氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
患者住所		電話番号	
要介護認定の状況	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
主たる 傷病名			
症状・治療 現在の状態			
服薬状況			
装着・使用 医療機器等 (該当項目に○印)	1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(/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. その他		
リハビリテーシ ョンの目的 (該当項目に○印)	1. 心身機能の維持・向上 2. ADL・IADL の維持・向上 3. 住環境整備・環境調整 4. 介助方法指導 5. その他()		
特記すべき 留意事項	特になし・あり *ありの場合、コメント記入 ・リハビリ開始前、実施中の留意事項: ・リハビリを中止する際の基準: ・利用者に対する負荷:		
緊急連絡先			

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印

総合病院国保旭中央病院 訪問リハビリテーション担当医師 殿