

# 訪問リハビリテーション指示書兼診療情報提供書

指示期間 年 月 日 ~ 年 月 日

\*指示有効期間は最長で3ヶ月です

基本情報	患者氏名		性別	生年月日	年	月	日			
	患者住所		〒			電話				
	傷病名									
	病状・治療状況									
	投与中の薬剤									
日常生活 自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立	<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
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<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	
目標 留意事項 指示事項 等	<b>I リハビリテーションの目標 *1以上の指示が必要です</b>									
	<input type="checkbox"/> ADL(日常生活活動)・IADL(家事・買い物・外出・趣味などADLよりも高い能力)の維持改善 <input type="checkbox"/> 運動機能改善 <input type="checkbox"/> 言語、嚥下機能の維持改善 <input type="checkbox"/> 生活環境の改善 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	<b>II リハビリテーション実施の留意事項・中止する際の基準・運動負荷等 *1以上の指示が必要です</b>									
	<input type="checkbox"/> 転倒注意 <input type="checkbox"/> 脱水・低栄養注意 <input type="checkbox"/> 状態にあわせ経口摂取可 <input type="checkbox"/> 気分不快等症状出現時リハビリ中止 <input type="checkbox"/> バイタル異常時リハビリ中止 <input type="checkbox"/> 痛み・疲労の範囲内でリハビリ実施 <input type="checkbox"/> 軽度～中等度の運動負荷量に努める <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	<b>III リハビリテーション指示事項・方針 *1以上の指示が必要です</b>									
<input type="checkbox"/> ADL・IADL訓練 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 言語・摂食訓練 <input type="checkbox"/> 生活指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
<b>IV リハビリテーション終了の目安 *1以上の指示が必要です</b>										
<input type="checkbox"/> 目標達成時 <input type="checkbox"/> 機能改善が見込めない時 <input type="checkbox"/> 他介護サービス移行時 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
<b>V リハビリテーション継続が必要な理由 *3月以上継続の場合、1以上の指示が必要です</b>										
<input type="checkbox"/> 機能改善が見込める <input type="checkbox"/> 継続的な医学的管理が必要 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
緊急時の連絡先 不在時の対応法										
日医かかりつけ医研修予定		<input type="checkbox"/> 令和9年3月31日までに適切な研修の修了等または受講を予定している (予定があればチェックを入れて下さい)								

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。

令和 年 月 日

依頼先医療機関等の名称 渥美病院 訪問リハビリテーション

依頼元医療機関  
所在地  
電話番号  
F A X  
医師氏名

印