

# 診療情報提供書（訪問及び介護予防訪問リハビリテーション依頼書）

介護老人保健施設 ハートケア横浜

医師 橋本 信也 宛

TEL 045-440-0722

FAX 045-440-0723

利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所		電話番号	- -
主たる傷病名			
病状・治療状態			
現在の投薬状況 (処方箋コピー可)			
日常生活自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	認知の状況	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
要介護認定状況	要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
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 ( /ml) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻) 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・目標※①	
訪問リハビリテーション指示事項(必要と思われるもの)※②	1. 関節可動域練習 2. 筋力強化練習 3. 巧緻・協調性運動 4. 歩行練習 5. 基本動作練習 6. ADL練習 7. 車椅子駆動練習 8. 言語評価、練習 9. 嚥下評価、練習 10. 家屋環境整備等指導 11. 精神心理的援助 12. その他 ( )
リハビリ中止基準※③	血圧 / mmHg 脈拍 回/分 体温 °C
禁忌及び注意事項、 負荷時のリスク(制限等がある場合は具体的に)※④	
緊急連絡先	
その他特記事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい)	

※①～④は必ず記載をお願い致します。

指示期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日

上記の通り指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関  
住所  
TEL  
医師

印