

訪問リハビリテーション診療情報提供書（継続）

| | | | | |
|---|---|-----------------------|-------|------|
| ふりがな | 男 | 生年月日 | (歳) | 電話番号 |
| 対象者名 | 女 | 明・大・昭 | 年 月 日 | — — |
| 住所 | | | | |
| 主な疾病名 1. 2. 3. | | | | |
| 病状治癒状況 (安定・要注意・不安定) | | | | |
| 特記及び注意事項 | | | | |
| 感染症の有無（有る場合は具体的に記入して下さい） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 不明 | | | | |
| 日常生活自立度 寝たきり： <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： <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 | | | | |
| 訪問リハビリテーション指示 (継続 ・ 中止 ・ 終了) | | | | |
| 1、基本動作運動 | | 5、疼痛緩和 | | |
| 2、生活関連動作 | | 6、家屋環境整備等指導 | | |
| 3、筋力増強運動 | | 7、精神心理援助 | | |
| 4、関節可動域運動 | | 8、その他（ ） | | |
| 終了の目安・時期 | | 現状の問題点・課題（今後予想されるリスク） | | |
| 緊急時連絡先 | | | | |
| 不在時の対応 | | | | |

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施して下さい

宛

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

印