

介護保険 訪問リハビリテーション指示書

指示期間：3ヶ月を限度とする

患者氏名	様	生年月日	
患者住所			
主たる傷病名			
現在の病状 治療状況			
<b>訪問リハビリテーションの目的指示事項</b>			
<input type="checkbox"/> 廃用の予防、体力の維持改善 (可動域訓練、筋力訓練) <input type="checkbox"/> ADL、IADLの維持改善			
<input type="checkbox"/> 福祉環境の助言、提案 (福祉用具、住宅環境など) <input type="checkbox"/> 療養相談、指導 (本人・介護者) <input type="checkbox"/> 疼痛の緩和 (筋緊張軽減) <input type="checkbox"/> 認知・高次脳機能 の維持・改善			
<input type="checkbox"/> 呼吸 リハビリ <input type="checkbox"/> 嚥下能力・維持改善 (間接的訓練) <input type="checkbox"/> 言語能力・維持改善 (発声・発語練習)			
<input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">                     具体的な内容                 </div>			
運動中止基準 (めやす)	おおよその 血圧や心拍数、自覚症状等 の中止すべき数値、状態		
特記事項 ( リハビリ実施上での留意事項、禁忌、感染症など )			

上記の通り 訪問リハビリテーション の指示を致します。 年 月 日より 3ヶ月

医療機関名

主治医名

印