

訪問リハビリテーション指示書

診療情報提供書

指示期間： 3 か月 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"/> ① 廃用の予防、体力の維持改善 <input type="checkbox"/> (可動域訓練、筋力訓練)			
<input type="checkbox"/> ② ADL、IADLの維持改善			
<input type="checkbox"/> ③ 福祉環境の助言、提案 <input type="checkbox"/> (福祉用具、住宅環境など)			
<input type="checkbox"/> ④ 療養相談、指導 <input type="checkbox"/> (本人・介護者)			
<input type="checkbox"/> ⑤ 疼痛の緩和 <input type="checkbox"/> (筋緊張軽減)			
<input type="checkbox"/> ⑥ 認知・高次脳機能 <input type="checkbox"/> の維持・改善			
<input type="checkbox"/> ⑦ 呼吸 <input type="checkbox"/> リハビリ			
<input type="checkbox"/> ・呼吸苦改善 <input type="checkbox"/> ・呼吸機能改善			
<input type="checkbox"/> ・排痰			
<input type="checkbox"/> ⑧ 嚥下能力・維持改善 <input type="checkbox"/> (間接的訓練)			
<input type="checkbox"/> ⑨ 言語能力・維持改善 <input type="checkbox"/> (発声・発語練習)			
<input type="checkbox"/> ⑩ その他			
具体的な内容			
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 か月

医療機関名

住所

電話

FAX番号

医師名

印