

訪問リハビリテーション用診療情報提供書(初回指示)

愛の泉恩多クリニック医師 青木美砂子

愛の泉恩多クリニックリハビリテーション宛

指示期間：平成 年 月 日～（有効期限3か月）

医療機関

住所

電話番号

(緊急連絡先)

医師氏名

印

患者情報	氏名									職業		
	住所											
	生年月日	年 月 日(歳)							性別			
	日常生活自立度	寝たきり度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
		認知症の状況	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
要介護認定												
現在の状況	主たる傷病名											
	既往歴及び家族歴											
	病状の経過及び検査結果治療経過等											
	リハビリ中止事項 項禁忌事項											
紹介目的	<目標> <input type="checkbox"/> 機能維持・向上 <input type="checkbox"/> 精神的安定 <input type="checkbox"/> 活動性向上 <input type="checkbox"/> 介護負担の軽減 <input type="checkbox"/> その他											
	<リハビリテーション内容> <input type="checkbox"/> 機能維持・改善練習(関節可動域練習、筋力強化練習、呼吸練習、言語練習、嚥下練習等) <input type="checkbox"/> 日常生活動作練習(基本動作練習含む) <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> 住環境整備 <input type="checkbox"/> 自己トレーニング練習指導 <input type="checkbox"/> その他											
備考												