

診療情報提供書

(訪問リハビリテーション指示書)

患者氏名： 殿	生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日
患者住所：	
主たる傷病名：	
発症日：	
現在の病状・治療状態など：	
在宅訪問リハビリテーションの指示事項	
<input type="checkbox"/> 基本動作練習 (起居・移乗・歩行・)	<input type="checkbox"/> 心臓リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 日常動作練習 (トイレ・着替え・食事・入浴・)	<input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 筋力強化運動	<input type="checkbox"/> 嚥下リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 関節可動域運動	<input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーション
<input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> 家族等への介護指導
<input type="checkbox"/> 環境調整	
特記すべき情報 (リハビリ実施上の留意事項、禁忌、感染症等)	

上記の通り 訪問リハビリテーション の指示を致します。

令和 年 月 日より3か月

医療機関名：

住所：

電話：

FAX：

医師名： _____ 印