

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

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

㊞