

訪問リハビリテーション診療情報提供書（継続）

ふりがな 対象者名	男 女	生年月日 明・大・昭	( 年	歳) 月	電話番号 —	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

医療法人社団 弓削メディカルクリニック 宛

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

印