診療情報提供書及び訪問リハビリテーション依頼書

齊藤産婦人科医院 訪問リハビリテーション

担当医殿

指示期間: 令和 年 月 日 より 3 か月

患者氏名	様	男・女	生年月日 西暦 年 月 日 (歳)
患者住所			
傷病名、障害名 (発症、受傷日等)			
現在の状況	病状、治療 状態		
	投与中の 薬剤の 用量、用法		
	日常生活 自立度	障害老人の日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
		認知症老人の日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
	要介護認定の状況	要支援 1・要支援 2・要介護(1・2・3・4・5)	
日常生活動作(ADL)	○食事: 自立/一部介助/全介助 (食形態:)	○更衣: 自立/一部介助/全介助	○整容: 自立/一部介助/全介助
	○移乗: 自立/一部介助/全介助	○移動: 自立/一部介助/全介助 (装具、杖等)	○入浴: 自立/一部介助/全介助
リハビリの指示事項 ☐ 起居動作練習 ☐ 拘縮予防 ☐ 趣味活動・社会参加 ☐ 座位保持練習 ☐ 筋力強化練習(部位: 上肢・体幹・下肢) ☐ 生活指導(転倒予防・自主トレ等) ☐ 起立・立位保持練習 ☐ 日常生活動作練習 ☐ 補助具・福祉用具の選定 ☐ 歩行練習 ☐ 家事動作練習 ☐ 家屋改修検討 ☐ 呼吸機能練習 ☐ 家族への介助指導・相談			
本人および家族の要望		リハビリの目的	
特記すべき留意事項 ☐ 中止基準 血圧 収縮期 mmHg 以上 / mmHg 以下 拡張期 mmHg 以上 脈拍 頻脈(回/分以上) 徐脈(回/分以下) 酸素飽和度 SPO2 %以下 呼吸数 以上 以下 ☐ その他の症状 ☐ 禁忌事項			

日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修の単位を取得している。または取得予定である。

上記の通り、指定訪問リハビリテーションの実施を依頼いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名