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) | | | 〇食事：自立/一部介助/全介助  　　　　　 (食形態：　　　　　　　　　　　　) | | | | 〇更衣：自立/一部介助/全介助 | |
| 〇移乗：自立/一部介助/全介助 | | | | 〇整容：自立/一部介助/全介助 | |
| 〇移動：自立/一部介助/全介助  　　　　　 (装具、杖等　　　　　　　　　　) | | | | 〇入浴：自立/一部介助/全介助 | |
| リハビリの指示事項 | | | | | | | | | |
| □起居動作練習  □座位保持練習  □起立・立位保持練習  □歩行練習  □呼吸機能練習 | | | □拘縮予防  □筋力強化練習(部位：上肢・体幹・下肢)  □日常生活動作練習  □家事動作練習  □家族への介助指導・相談 | | | | | | □趣味活動・社会参加  □生活指導(転倒予防・自主トレ等)  □補助具・福祉用具の選定  □家屋改修検討 |
| 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 | | | |