

診療情報提供書(訪問リハビリテーション指示書)

訪問リハビリテーション指示期間(令和 年 月 日(直近診療日)より3ヶ月)

患者氏名		生年 月日	年 月 日 (歳)
患者住所			
現在の状況(該当項目に○印)			
主たる 傷病名			
症状・治療 現在の状態			
投与中の 薬剤の 用量・用法			
感染の有無	無・有()		
要介護認定の状況	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃ろう) 8. 留置カテーテル 9. 人工呼吸器(設定) 10. 気管カニューレ 11. 人工肛門 12. その他		
特記事項・留意事項(リハビリの中止基準など)			
訪問リハビリテーション指示事項 1. 身体機能訓練 2. 日常生活動作訓練 3. 介護指導 4. その他			
緊急時の連絡先			

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印