診療情報提供書
（兼　訪問リハビリテーション指示書）

太枠内の記載をお願いします。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名	様			歳
住所	〒	電話番号		
経過・現状				
診断名				
障害名				
既往歴				
リスク				
処方薬				
日常生活自立度	寝たきり度	□ 正常 □ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2		
	認知症状況	□ 正常 □ Ⅰ □ Ⅱa □ Ⅱb □ Ⅲa □ Ⅲb □ Ⅳ □ M		
要介護認定	□ 申請中 □ 要支援1 □ 要支援2 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5			
リハビリ目的				
リハビリプログラム（指示内容）	□身体・生活機能評価 □関節可動域練習 □筋力増強練習 □基本動作練習 □バランス練習 □室内歩行練習 □屋外歩行練習 □家族指導（介助方法等） □認知運動療法 □物理療法 □日常生活動作練習 □生活関連動作練習 □呼吸リハビリ □階段昇降練習 □スプリント・自助具 □公共交通機関の使用 □言語訓練 □高次脳機能訓練 □摂食訓練 □精神・心理機能訓練 □状況に応じて療法士に一任 □その他（　　）			
主治医署名	上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示します。 年　　月　　日 印			
指示医署名	上記の依頼により、訪問リハビリテーションの実施を指示します。 年　　月　　日 〒352-0023 埼玉県新座市堀ノ内3-14-30 医療法人社団　武蔵野会　新座病院 TEL：048-481-1611 印			