

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		女性			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)	☐ 関節可動域練習 ☐ 筋力強化練習 ☐ 基本動作練習 ☐ ADL動作練習 ☐ バランス練習 ☐ 物理療法(超音波・電気療法) ☐ 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 東光会 新座病院 TEL:048-481-1611 印						