

見本

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	ニイザ タロウ		性別	生年月日	年齢
氏名	新座 太郎 様		女性	昭和〇〇年×月△日	〇〇 歳
住所	〒 〇〇〇-×××× 埼玉県新座市堀ノ内〇-××-△△		電話番号	〇〇〇-××××-△△△△	
経過・現状	〇〇年×月△日に受傷。同年〇月×日に手術施行。 運動麻痺stage〇〇、感覚重度鈍麻、高次脳機能障害あり。 同年〇月×日に歩行器歩行介助下にて自宅退院となった。				
診断名	〇〇〇				
障害名	〇〇〇				
既往歴	〇〇〇				
リスク	(例) 転倒、高血圧(180mmHg以上で中止) 股関節屈曲内転内旋に伴う脱臼		リスクを必ずご記入ください		
処方薬	処方されている内服薬をご記入ください				
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	(例) 歩行の安定性向上、生活動作の努力性軽減		ADLに関連した目的をご記入ください		
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	〇〇 年 × 月 △ 日		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。 署名される日付と医師サイン、 医療機関名の記載をお願いします 印		
指示医署名	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		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。 こちらは記載不要です 印		