訪問リハビリテーション診療情報提供書（指示書）

紹介先医療機関等名 医療法人東西医会 草加整形外科内科

訪問リハビリテーション事業所 宛

|  |
| --- |
| 紹介元医療機関  　 所 在 地  　　 名　称  　　電話番号  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | | | | | |
| 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳） | | | | | |
| 傷病名（生活機能の低下の原因となった主たる傷病名） | | | | 紹介目的 | |
| 既往歴及び家族歴 | | | | | |
| 症状経過，検査結果及び治療経過 | | | | | |
| 現在の処方 | | | | | |
| 訪問リハビリ指示内容  ※必ずご記入お願いします． | | | □ 関節可動域訓練 □ 歩行訓練  □ 筋力強化訓練 □ 日常生活動作訓練  □ 呼吸機能訓練 □ 家事動作練習  □ 神経筋促通訓練 □ その他 | | |
| リハビリテーション上の中止基準 | | | | | |
| 血圧 | 収縮期 | mmHg以下又は mmHg以上 | | 脈拍 | 回/分 以下 |
| 拡張期 | mmHg以下 | | あるいは 回/分 以上 |
| 体温 | ℃以下 ℃以上 | | | SpO2 | ％以下 |
| 注意事項  □低血圧 □不整脈 □ペースメーカー □心疾患 □高血圧 □めまい  □感染症（ ） □その他（ ） | | | | | |

|  |
| --- |
| 【備考欄】装着・使用医療器具、感染症など  指示日　令和　　　年　　　月　　　日 |

※枠線の中をご記載ください． 上記の通り，訪問リハビリテーションを指示します．