

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 ※必ずご記入をお願いします。	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練
	<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練	<input type="checkbox"/> 家事動作練習	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 呼吸機能訓練		
	<input type="checkbox"/> 神経筋促通訓練		
リハビリテーション上の中止基準			
血压	収縮期	mmHg 以下又は mmHg 以上	脈拍
	拡張期	mmHg 以下	あるいは 回/分 以下
体温	°C以下	°C以上	SpO ₂
			%以下
注意事項			
<input type="checkbox"/> 低血压 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> めまい			
<input type="checkbox"/> 感染症 () <input type="checkbox"/> 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。