

診療情報提供書・指示書（リハビリマネジメント用）作成のお願い

様 診療担当先生 御机下

ご多忙中のところ恐れ入りますが、当事業所にてリハビリを実施するにあたり、当該利用者様についての情報が必要となりましたので、以下書面への記載をお願い申し上げます。

患者氏名	様 男・女 明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳）
患者住所	
電話番号	① ②

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）	紹介目的 訪問リハの実施にあたっての情報提供
-------------------------	---------------------------

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方（投与中の薬剤の用量・用法）

要介護状態等区分： 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
（有効期限： 年 月 日～ 年 月 日）

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）： 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度： 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

装着医療機器等	<input type="checkbox"/> 1. 自動腹膜流装置	<input type="checkbox"/> 2. 透析液供給装置	<input type="checkbox"/> 3. 酸素療法（ / 〇）
	<input type="checkbox"/> 4. 吸引器	<input type="checkbox"/> 5. 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 6. 輸液ポンプ
	<input type="checkbox"/> 7. 経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ 日に1回交換）		
	<input type="checkbox"/> 8. 留置カテーテル（サイズ 日に1回交換）		
	<input type="checkbox"/> 9. 気管カニューレ（サイズ ） <input type="checkbox"/> 10. ドレーン（部位 ）		
	<input type="checkbox"/> 11. 人工肛門 <input type="checkbox"/> 12. 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 13. その他（ ）		

留意事項及び指示事項（療養生活上の留意事項）

現状の問題点・課題	リハビリ指示内容	<input type="checkbox"/> コミュニケーション訓練
運動機能：	<input type="checkbox"/> 関節拘縮予防	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練
口腔嚥下：	<input type="checkbox"/> 起居動作訓練	<input type="checkbox"/> 筋力強化
栄養状態：	<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 座位保持訓練
	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練	<input type="checkbox"/> ADL訓練
		<input type="checkbox"/> 精神的アプローチ

リハビリ時の注意点(中止基準、運動制限等)

緊急時の連絡先

不在時の対処法

特記すべき留意事項(薬の相互作用・副作用・薬物アレルギー等)

上記の通り、リハビリテーションの実施を指示いたします

発行医療機関名

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

担当医師

依頼元事業所

事業所	さがみりハビリテーション病院
担当者	訪問リハビリ
電話	042-773-3211(代)
電話/FAX	042-775-8560/042-775-8560(訪問リハビリ事業所)