

訪問リハビリテーション診療情報提供書(初回)

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
		性別	男 ・ 女		
住所		電話			
主たる傷病名(生活機能低下の原因となった傷病名)		発症日	退院日		
1		年 月 日	年 月 日		
2		年 月 日			
3		年 月 日			
4		年 月 日			
5		年 月 日			
現在の 状況	病状・治療 状態				
	処方薬 (コピー可)	1, 3, 5,	2, 4, 6,		
	日常生活 自立度	自 寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
		認知症の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
		要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 要支援(1 ・ 2) <input type="checkbox"/> 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
	使用医療 機器等 (番号に ○印)	1.自動腹膜灌流装置 4.吸引器 7.経管栄養(経鼻・胃瘻) 10.気管カニューレ 13.人工膀胱	2.透析液供給装置 5.中心静脈栄養 8.留置カテーテル 11.ドレーン(部位:) 14.ペースメーカー	3.酸素療法(L/min) 6.輸液ポンプ 9.人工呼吸器 12.人工肛門 15.その他	
	その他	※喀痰吸引:必要に応じて適宜吸引・排痰を行う事を 1.依頼する 2.依頼しない (感染症 有 ・ 無)			
緊急時の連絡先		不在時の対応			
依頼事項及び留意事項					
I リハビリテーション					
<input type="checkbox"/> 廃用症候群の予防と改善		<input type="checkbox"/> 対人・社会交流の維持・拡大			
<input type="checkbox"/> 基本動作能力の維持・回復		<input type="checkbox"/> 介護負担の軽減			
<input type="checkbox"/> ADL・IADLの維持・回復		<input type="checkbox"/> 福祉用具利用・住宅改修に関する助言			
<input type="checkbox"/> その他					
II 療養生活指導上の留意事項					
特記すべき事項(注意点等)					
* 上記のとおり、指定訪問リハビリテーションの実施について依頼します。					
令和 年 月 日		医療機関名		医師氏名	
		住所			
		電話		印	

訪問リハビリテーション指示書

* 上記のとおり、指定訪問リハビリテーションの実施について指示致します。					
令和 年 月 日		介護老人保健施設 リハビリタウン くじ		医師 細谷地 昭	
				印	