

訪問リハビリテーション指示書及び診療情報提供書

指示期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

※上限は3ヶ月間となっています。

患者氏名		生年 月日	
患者住所	TEL () -		
現在の状況(該当項目にチェック)			
主たる 傷病名			
症状・治療 現在の状態			
要介護認定の状況	要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
装着・使用 医療機器等	<input type="checkbox"/> 1. 自動腹膜還流装置 <input type="checkbox"/> 2. 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3. 酸素療法 <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・胃ろう) <input type="checkbox"/> 8. 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 9. 人工呼吸器(設定) <input type="checkbox"/> 10. 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 11. 人工肛門 <input type="checkbox"/> 12. その他()		
療養生活指導上の留意事項			
訪問リハビリテーション指示事項			
<input type="checkbox"/> 身体機能訓練 ()			
<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 ()			
<input type="checkbox"/> 介護指導 ()			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
緊急時の連絡先			

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印