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（　　年　　月　　日 ～　　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（ □1　□2 ）　要介護（ □1　□2　□3　□4　□5 ）		
注意事項	□ 血圧（　　）　□ 脈拍（　　）　□ 酸素量（　　） □ 転倒（　　）　□ 易出血傾向　□ その他（　　）		

リハビリ継続理由（必須）

- □ 日常生活動作困難　（　　）
- □ 歩行困難　（　　）
- □ 認知機能低下防止　（　　）
- □ 社会参加困難　（　　）
- □ 介護量増加予防　（　　）
- □ その他　（　　）

訪問リハビリテーション指示事項

- □ 身体機能訓練　（　　）
- □ 日常生活動作訓練　（　　）
- □ 介護指導　（　　）
- □ 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。

指示日　　年　　月　　日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名　　印

〒 964－8501　福島県二本松市成田町1-553
独立行政法人地域医療機能推進機構　二本松病院附属訪問リハビリテーション
六角　裕一　宛

TEL 0243-22-6266 FAX 0243-22-6267