

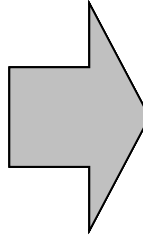
診療情報提供書(指示書)

下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。

年 月 日

指示期間 年 月 日 ~ 年 月 日

紹介元	
機関名:	
所在地:	
TEL:	
FAX:	
医師:	印



紹介先	
機関名:	刈谷なりたクリニック
所在地:	刈谷市松栄町2-6-3
TEL:	0566-93-1810(リハビリテーション科直通)
FAX:	050-3737-8632(リハビリテーション科直通)
担当医:成田 裕司	

患者氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	歳
患者住所	電話番号		
傷病名	既往歴		

要介護認定の状況 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

現在の状態	症状経過及び治療経過										
	投与中の薬剤の用法・用量										
	ADL状況	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J:一部介助 <input type="checkbox"/> A:準寝たきり (<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2) <input type="checkbox"/> B:寝たきり (<input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2) <input type="checkbox"/> C:寝たきり (<input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2) <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II (<input type="checkbox"/> IIa, <input type="checkbox"/> IIb) <input type="checkbox"/> III (<input type="checkbox"/> IIIa, <input type="checkbox"/> IIIb) <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎									
装着・使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 経胃)										

現状の問題・課題(今後予想されるリスク)	リハビリテーション実施上の留意点

リハビリテーション

関節可動域訓練 筋力増強訓練 ストレッチ リラクゼーション 歩行訓練
 基本動作訓練 (寝返り・ 起き上がり・ 座位・ 起立・ 立位保持) 日常生活活動動作
 手指の巧緻動作運動 呼吸訓練 自主トレーニング指導 介助方法指導
 その他:

緊急時の連絡先 ① _____ ② _____

不在時の対応法 _____

特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往歴があれば記載してください。)