

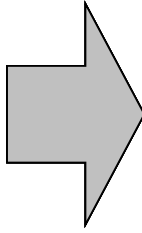
診療情報提供書

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:	Ⓜ



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	男・女	生年月日	T・S・H・R	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	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 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(A1, A2)		<input type="checkbox"/> B:寝たきり(B1, B2)		<input type="checkbox"/> C:寝たきり(C1, C2)			
		<input type="checkbox"/> 認知症なし		<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II(IIa, IIb)		<input type="checkbox"/> III(IIIa, 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"/> 経管栄養(経鼻・経胃)					
		<input type="checkbox"/> 気管カニューレ		<input type="checkbox"/> 酸素療法							
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											
<input type="checkbox"/> 関節可動域運動 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> リラクゼーション <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練(寝返り・起き上がり・座位・起立・立位保持) <input type="checkbox"/> 日常生活活動訓練 <input type="checkbox"/> 手指の巧緻動作運動 <input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> 自主トレーニング指導 <input type="checkbox"/> 介助方法指導 <input type="checkbox"/> その他 :											
緊急時の連絡先											
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。)											