

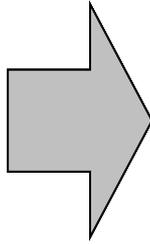
# 診療情報提供書

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	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(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

関節可動域運動      筋力増強訓練      ストレッチ      リラクゼーション      歩行練習

基本動作訓練(寝返り・起き上がり・座位・起立・立位保持)      日常生活活動訓練

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	
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。)