

診療情報提供書 (兼 訪問リハビリテーション指示書)

別紙①

指示期間: 令和 年 月 日より3ヶ月間

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------|------|--|------|--|---|--------------------------|--|
| 患者氏名 | | 様 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日 | 歳 | |
| 患者住所 | | | | | | | 電話番号 | | | | |
| 主たる傷病名(リハビリが必要となった傷病名): | | | | | | 紹介目的: | | | | | |
| #1 _____ | | | | | | 既往歴: | | | | | |
| #2 _____ | | | | | | 合併疾患: | | | | | |
| #3 _____ | | | | | | | | | | | |
| 病状の経過、検査結果及び治療経過: | | | | | | | | | | | |
| 現在の処方: | | | | | | | | | | | |
| ※ 診療未実施減算に規定する研修の有無(有・無) | | | | | | | | | | | |
| 要介護区分 <input type="checkbox"/> 未申請 <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 | | | | | | | | | | | |
| 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 | | | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M | | | | | | | | | | | |
| 栄養面 | | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 非経口 | | 吸引 | | <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | | 身長(cm) | | 体重(kg) | |
| 現在、利用しているサービス: | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 | | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ | | <input type="checkbox"/> 外来リハビリ | | <input type="checkbox"/> 短期入所 | | <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 | | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 | | <input type="checkbox"/> 通所リハビリ | | <input type="checkbox"/> 通所介護 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 | | <input type="checkbox"/> 外来診療 | | | | | | | | | |
| 訪問リハへの指示事項: | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 日常生活動作の確認 | | | <input type="checkbox"/> 住宅改修・補助具等住環境への対応 | | | <input type="checkbox"/> 言語障害の評価・対応 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 退院後の危険性の確認 | | | <input type="checkbox"/> 身体機能維持・向上の対応 | | | <input type="checkbox"/> 嚥下障害の評価・対応 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 車椅子・装具への対応 | | | <input type="checkbox"/> 介護負担軽減への対応 | | | <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 生活機能障害への対応 | | | <input type="checkbox"/> 他サービスとの橋渡しへの対応 | | | () | | | | | |
| 現状の問題点・課題、予後等: | | | | | | | | | | | |
| リハビリ中止の基準及び、禁忌事項: | | | | | | | | | | | |
| 運動負荷許容範囲(上限) BP= / mmHg、 HR= /min | | | | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先・不在時の対応について: | | | | | | | | | | | |
| 特記すべき留意点等: | | | | | | | | | | | |

医療機関:

住所:

電話:

担当医:

印

上記により、訪問リハビリテーションの実施を指示します。

医療法人瑞穂会 介護老人保健施設 志木瑞穂の里 医師 依田 一郎 印