

# 訪問リハビリテーション診療情報提供書

氏名 様 男・女		生年月日 明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	
主傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)、既往歴など			
症状経過、検査結果及び治療経過		病状の状況 ( 安定 ・ 要注意 ・ 不安定 )	
要介護認定の状況		要支援 ( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 )	
障害高齢者日常生活自立度		正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者日常生活自立度		正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
感染症の有無		なし・あり：	
処方薬(コピー可)			
リハビリテーション指示事項	主治医意見		
	リハビリテーションメニュー：必要な項目に○ 1.起居動作訓練 2.移乗動作訓練 3.座位訓練 4.立位訓練 5.歩行訓練 6.階段昇降訓練 7.屋外歩行訓練 8.関節可動域訓練 9.筋力強化訓練 10.ホームプログラム指導 11.生活パターン指導 12.住宅改修検討 13.車椅子操作 14.義肢/装具管理 15.日常生活用具管理 16.嚥下・嚥下訓練 17.言語訓練 18.コミュニケーション方法検討 19.介助方法指導 (家族) 20.作業趣味活動指導 21. ADL 指導 22. IADL 指導 23.その他：		
リスク管理	通常血圧	/	リハ中止血圧 (目安) /
	特記事項・注意事項 (留意事項、中止基準、負荷等)		
緊急時の連絡先	診療時間内：	診療時間外：	

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示します。

※情報提供の基礎となる直近の診療日：令和 年 月 日

※訪問リハビリテーション指示期間：上記診療日より3ヶ月以内

介護老人保健施設 ユートピア白滝

訪問リハビリテーション

管理者 八木橋 洋志 行

医療機関：

住所：

電話 (FAX)：

医師氏名：

印

# 訪問リハビリテーション診療情報提供書(記載例)

氏名		生年月日	
様 男・女		明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)	
主傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)、既往歴など			
症状経過、検査結果及び治療経過		病状の状況 ( 安定 ・ 要注意 ・ 不安定 )	
要介護認定の状況		要支援 ( 1・2 ) 要介護( 1・2・3・4・5 )	
障害高齢者日常生活自立度		正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者日常生活自立度		正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
感染症の有無		なし・あり:	
処方薬(コピー可)			
リハビリテーション指示事項	主治医意見	訪問リハビリテーション指示 初回の提供書はこの欄の記載不要 ( 継続 ・ 中止 ・ 終了 )	
	リハビリテーションメニュー：必要な項目に○ 1.起居動作訓練 2.移乗動作訓練 3.座位訓練 4.立位訓練 5.歩行訓練 6.階段昇降訓練 7.屋外歩行訓練 8.関節可動域訓練 9.筋力強化訓練 10.ホームプログラム指導 11.生活パターン指導 12.住宅改修検討 13.車椅子操作 14.義肢/装具管理 15.日常生活用具管理 16.嚙下・嚙下訓練 17.言語訓練 18.コミュニケーション方法検討 19.介助方法指導 (家族) 20.作業趣味活動指導 21. ADL 指導 22. IADL 指導 23.その他： ※22.IADLとは：買い物、洗濯、掃除、調理、金銭管理、服薬管理、交通機関の利用、電話応対		
リスク管理	通常血圧	120 / 70	リハ中止血圧 (目安) 160 / 100
	特記事項・注意事項 (留意事項、中止基準、負荷等) 留意事項、中止基準、負荷等のうち、少なくとも1項目に関して記載をお願いします。		
緊急時の連絡先	診療時間内：	診療時間外：	

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示します。

※情報提供の基礎となる直近の診療日：令和 年 月 日

※訪問リハビリテーション指示期間：上記診療日より3ヶ月以内

介護老人保健施設 ユートピア白滝  
訪問リハビリテーション  
管理者 八木橋 洋志 行

医療機関：  
住所：  
電話 (FAX)：  
医師氏名：

印