

診療情報提供書

(宛先医療機関名)

医療法人社団 三秀会 青梅三慶病院

担当医御侍史

作成日： _____

(紹介元医療機関の住所及び名称)

医師氏名： _____

⑩

フリガナ： _____	
患者氏名： _____ 様 性別 _____	
住所： _____ 電話： _____	
生年月日： _____ (_____ 歳) 職業： _____	
傷病名 (生活機能低下の原因となった傷病名など)	紹介目的 訪問リハビリテーションの実施
既往歴	
治療経過、現在の病状・治癒状態	
現在の処方	
障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)	J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2
認知症高齢者の日常生活自立度	無し, I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, V, M
本人及び家族の要望	
現状の問題点・課題・特記すべき留意事項・リスクなど	

リハビリテーション目標			
訪問リハビリテーションへの指示事項			
<input type="checkbox"/> 関節可動域練習	<input type="checkbox"/> マッサージ	<input type="checkbox"/> 筋力強化練習	<input type="checkbox"/> 神経筋再教育 <input type="checkbox"/> 基本動作練習
<input type="checkbox"/> バランス練習	<input type="checkbox"/> 歩行練習	<input type="checkbox"/> 屋外歩行練習	<input type="checkbox"/> 公共交通機関の利用練習
<input type="checkbox"/> 日常生活動作練習	<input type="checkbox"/> 家事動作練習	<input type="checkbox"/> 心理面のケア	<input type="checkbox"/> 精神機能の賦活 <input type="checkbox"/> 呼吸リハ
<input type="checkbox"/> 言語練習	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下練習	<input type="checkbox"/> 高次脳機能課題	<input type="checkbox"/> 趣味活動
<input type="checkbox"/> 住宅改修の相談	<input type="checkbox"/> 自主練習指導	<input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> 介助指導
<input type="checkbox"/> その他 (_____)			