

訪問リハビリテーション診療情報提供書

指示期間 (R 年 月 日 ~ R 年 月 日)

ふりがな		生年月日	
対象者名		年齢	歳
主な疾患名 1. 2. 3.			
病状経過・検査結果及び治療経過			
留意事項及びリハ開始時・リハ中の注意事項、中止基準			
※リハビリ中の中止基準 等(血圧、脈拍、Spo2)			
感染症の有無			
感染症：有・無 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MASA <input type="checkbox"/> その他()			
現在の薬の処方内容			
日常生活自立度	日常生活自立度：正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 認知症：正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)			
緊急時の連絡先			
不在時の対応			

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施してください。

令和 年 月 日

医療機関名

リハビリ・整形外科385クリニック

担当医 宛

住所

電話番号

医師氏名

