

# 診療情報提供・訪問リハビリテーション指示書

利用者氏名		生年月日	昭 平	年	月	日生 ( 歳)				
利用者住所	電話 ( )									
傷病名	既往歴									
現在の状況 ※該当項目にレ印等	病状・治療状態									
	術式・術日									
	投与中の薬剤の用量・用法									
	日常生活 自立度	寝たきり度	<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
		認知症の状況	<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	
装着・使用 医療機器等	1. <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置      2. <input type="checkbox"/> 透析液供給装置      3. <input type="checkbox"/> 酸素療法 (      1/min) 4. <input type="checkbox"/> 吸引機      5. <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養      6. <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ 7. <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃瘻：チューブサイズ      日に1回交換) 8. <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ      日に1回交換) 9. <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 陽圧式・ <input type="checkbox"/> 陰圧式：設定      ) 10. <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ      )      11. <input type="checkbox"/> ドレーン (部位：      ) 12. <input type="checkbox"/> 人工肛門      13. <input type="checkbox"/> 人工膀胱      14. <input type="checkbox"/> その他 (      )									
留意事項・禁忌事項										
1. <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー      2. <input type="checkbox"/> MRSA      3. <input type="checkbox"/> その他：										
リハビリテーション指示内容										
1. <input type="checkbox"/> ROM運動      2. <input type="checkbox"/> 筋力強化練習      3. <input type="checkbox"/> 基本動作練習 4. <input type="checkbox"/> 歩行練習      5. <input type="checkbox"/> ADL練習      6. <input type="checkbox"/> 軽作業・趣味的作業 7. <input type="checkbox"/> 環境整備      8. <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練      9. <input type="checkbox"/> 失語症訓練 10. <input type="checkbox"/> 構音・発話訓練      11. <input type="checkbox"/> 認知機能訓練      12. <input type="checkbox"/> その他										
緊急時の連絡先	( )			携帯電話	( )					
不在時の対応方法										

上記のとおり、  指定介護予防訪問リハビリテーション の実施を指示します。

指定訪問リハビリテーション

医療法人財団大西会 千曲中央病院 訪問リハビリテーション殿

平成      年      月      日

医療機関名  
住 所  
医 師 氏 名

印