

診療情報提供書

(訪問リハビリテーション依頼書)

東川口病院 宛

指示期間：西暦 年 月 日～ 年 月 日

[紹介元]

医療機関・施設の名称

所在地

電話番号

医師氏名 ⑩

患者氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
住所				電話番号	— —				
診断名	1.	発症年月日	年	月	日	障害名	1.		
	2.	発症年月日	年	月	日		2.		
	3.	発症年月日	年	月	日		3.		
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		経過的要介護		要介護 (1 2 3 4 5)				
症状・治療経過									
投薬中の薬剤の用法・用量									
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : チューブサイズ , 日に 1 回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ , 日 1 回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. ドレーン (部位 :) 12. 人口肛門 13. 人口膀胱 14. その他 ()								
日常生活	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								
自立度	痴呆の状況 <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								
リハビリへの指示内容	<input type="checkbox"/> 関節可動域 (部位) <input type="checkbox"/> 筋力強化 (部位) <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> ADL 練習 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> 装具・自助具 () <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> 言語機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 家屋調整 <input type="checkbox"/> 介助指導 <input type="checkbox"/> 自主トレ指導 <input type="checkbox"/> その他 ()								
禁忌及び注意事項、負荷時のリスク (制限、中止基準がある場合は具体的に)									
緊急時の連絡先、不在時の対応方法									
「適切な研修の修了等」の取得状況					<input checked="" type="checkbox"/> 令和 9 年 3 月 31 日までに取得を予定している <input type="checkbox"/> 取得済み				