

診療情報提供書(初回)
(リハビリテーション指示書)

[紹介先]

医療法人社団協友会 吉川中央総合病院

年 月 日

訪問リハビリテーション担当医師 宛

[紹介元]

医療機関の名称

所在地

電話番号

担当医師

印

患者氏名	殿	職業	
生年月日	M・T・S 年 月 日	歳	性別 男・女
診断名		障害名	
治療経過及び治療内容			
現在の処方			
リハビリの目標			
機能障害・ADLの程度			
リハビリ指示(必要と思われるもの)			
<input type="checkbox"/> 関節可動域練習(上肢・下肢・体幹)	<input type="checkbox"/> 筋力強化練習	<input type="checkbox"/> 巧緻・協調性運動	
<input type="checkbox"/> 歩行練習	<input type="checkbox"/> 基本動作練習	<input type="checkbox"/> 日常生活動作	
<input type="checkbox"/> 言語評価	<input type="checkbox"/> 言語練習	<input type="checkbox"/> 嚥下評価	
<input type="checkbox"/> 家屋環境整備等指導	<input type="checkbox"/> 精神心理的援助	<input type="checkbox"/> その他()	
リハビリ中止基準			
血圧	/	mmHg 脈拍	回/分 体温 °C
禁忌及び注意事項、負荷時のリスク(制限がある場合には具体的に)			
その他コメント			