

# 診療情報提供書(訪問リハビリ)

紹介先医療機関名: 医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院 御担当先生

作成日: 年 月 日

紹介元医療機関名称:

紹介元医療機関住所:

電話番号:

医師氏名:

印

患者氏名		性別	
患者住所 電話番号			
生年月日	年 月 日	年齢	歳 介護度
傷病名			
治療経過			
合併症 コントロール状況			
服薬状況			

本人の要望

家族の要望

--	--

リハビリテーションの目的

リハビリテーションの方針(今後3ヶ月)

(長期)		
(短期)		

リハビリ実施上の留意点(開始前・訓練中の留意事項、運動強度、負荷量等) リハビリテーション終了の目安

--	--

訪問リハビリテーション指示事項

<input type="checkbox"/> 関節可動域練習	<input type="checkbox"/> 筋力強化練習	<input type="checkbox"/> バランス練習	<input type="checkbox"/> 基本動作練習
<input type="checkbox"/> 歩行練習	<input type="checkbox"/> 日常生活動作練習	<input type="checkbox"/> 家事動作練習	<input type="checkbox"/> 呼吸リハビリ
<input type="checkbox"/> 言語・嚥下練習	<input type="checkbox"/> 日常コミュニケーション練習	<input type="checkbox"/> 認知症リハビリ	<input type="checkbox"/> 転倒予防指導
<input type="checkbox"/> 生活指導・家族指導	<input type="checkbox"/> 家庭でできる体操指導	<input type="checkbox"/> 自宅での役割獲得支援	<input type="checkbox"/> 住宅改修相談
<input type="checkbox"/> その他( )			

備考

--

上記の通り、訪問リハビリテーションの実施を指示します。 羽村三慶病院医師 三浦 剛士

印