

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)

	短期	長期	
心身			
活動			
参加			

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

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