

訪問リハビリテーション指示書

医療法人社団 松下会 東生駒病院
リハビリテーション科 担当医 殿

患者氏名	性別	生年月日	昭和	月	日	歳
住所	電話					
主たる疾患						
現在の病状・状態						
訪問リハビリの関連事項 【訪問リハビリの目的】 () 【3か月以上の継続】 <input type="checkbox"/> 必要 (理由:) <input type="checkbox"/> 不要 【指定居宅サービスへの移行の見通し】 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし						
日常生活自立度 寝たきり度: <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	要介護度 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
認知症: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2					
指示事項 <input type="checkbox"/> 機能練習(関節可動域、筋力等) <input type="checkbox"/> 起き上がり練習 <input type="checkbox"/> 立ち上がり練習 <input type="checkbox"/> 歩行練習(<input type="checkbox"/> 屋内 <input type="checkbox"/> 屋外) <input type="checkbox"/> ADL動作練習(<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 更衣) <input type="checkbox"/> IADL動作練習(<input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 仕事) <input type="checkbox"/> 自主練習・生活の指導(寝たきり防止策等) <input type="checkbox"/> 介護・介助方法の指導 <input type="checkbox"/> 本人・家族への精神的支援 <input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具の相談・助言・選択 <input type="checkbox"/> 言語・構音に対する治療 <input type="checkbox"/> その他()						
リハビリ開始前又は実施中の注意事項 【留意事項】 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他() 【中止基準】 <input type="checkbox"/> あり 運動時の血圧上限(/ mmHg) 運動時の最大心拍数(回/分) 【日医かかりつけ医機能研修制度の受講予定】 <input type="checkbox"/> 受講済 <input type="checkbox"/> 今年度中に受講予定 <input type="checkbox"/> 受講予定なし						

上記の通り、指定訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

年 月 日
)

(指示期間:
医療機関名
住所
電話
FAX
医師氏名

印

訪問リハビリテーション指示書

医療法人社団 松下会 東生駒病院
リハビリテーション科 担当医 殿

患者氏名	記入例見本	性別	生年月日	昭和	月	日	歳
住所	電話						
主たる疾患							
現在の病状・状態							
訪問リハビリの関連事項							
【訪問リハビリの目的】 ((例) (具体的な) 動作能力の改善, 家族介護負担の軽減 など)							
【3カ月以上の継続】 <input checked="" type="checkbox"/> 必要(理由: (例) 機能・能力の改善可能性があるため, など) <input type="checkbox"/> 不要							
【指定居宅サービスへの移行の見通し】 <input checked="" type="checkbox"/> あり((例) 通所リハビリへの移行 など) <input type="checkbox"/> なし							
日常生活自立度	寝たきり度: <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	要介護度	要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
	認知症: <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		要支援: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2				
指示事項	必ず”1つ以上”に<input checked="" type="checkbox"/>をお願い致します。						
	<input checked="" type="checkbox"/> 機能練習(関節可動域、筋力等)	<input checked="" type="checkbox"/> 起き上がり練習	<input type="checkbox"/> 立ち上がり練習				
	<input type="checkbox"/> 歩行練習(屋内 □屋外)	<input type="checkbox"/> ADL動作練習(入浴 □トイレ □更衣)					
	<input type="checkbox"/> IADL動作練習(家事 □外出 □仕事)	<input type="checkbox"/> 自主練習・生活の指導(寝たきり防止策等)					
	<input type="checkbox"/> 介護・介助方法の指導	<input type="checkbox"/> 本人・家族への精神的支援 □住宅改修・福祉用具の相談・助言・選択					
	<input type="checkbox"/> 言語・構音に対する治療	<input type="checkbox"/> その他()					
リハビリ開始前又は実施中の注意事項	必ず”1つ以上”に<input checked="" type="checkbox"/>をお願い致します						
	【留意事項】 <input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧上昇 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> その他()						
	【中止基準】 <input checked="" type="checkbox"/> あり 運動時の血圧上限(/ mmHg) 運動時の最大心拍数(回/分)						
	【日医かかりつけ医機能研修制度の受講予定】 <input type="checkbox"/> 受講済	下記指示期間の”開始日より1日以上前”の日付を記入して下さい。					

上記の通り、指定訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

20XX年 X月 X日

(指示期間: 20××年×月×日~20△△年△月△日)

医療機関名 **〇〇病院**
住所 **X県Y市Z町丁目**
電話 **0000-00-0000**
FAX **0000-00-0000**
医師氏名 **〇〇 〇〇**

開始日の日付の記入をお願い致します。
期間は3カ月後の月末日まで有効です。