

診療情報提供書 (通所リハビリテーション指示書)			指示医		指示日															
フリガナ  氏名			性別：		要支援															
				歳			要介護													
診断名			合併症																	
目標	(長期)		(短期)																	
方針・目的 (今後3ヶ月間)			リハビリテーション終了の目安・時期																	
リハビリ中止基準	血圧	( / mmHg) 上限																		
	脈拍	回/分 以下																		
	その他留意事項	(開始前・訓練中の留意事項、運動強度、負荷量等)																		
<b>処方内容</b> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 関節可動域練習</td> <td><input type="checkbox"/> 認知機能トレーニング</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 筋力増強練習</td> <td><input type="checkbox"/> 家庭での自主練習指導等</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> バランス練習</td> <td><input type="checkbox"/> 家族指導 (介助方法・自主練習)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 手指巧緻性練習</td> <td><input type="checkbox"/> ホットバック等</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歩行練習 (屋内・屋外・応用)</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 基本動作練習</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 (更衣・排泄・入浴・食事・整容)</td> <td></td> </tr> </table>							<input type="checkbox"/> 関節可動域練習	<input type="checkbox"/> 認知機能トレーニング	<input type="checkbox"/> 筋力増強練習	<input type="checkbox"/> 家庭での自主練習指導等	<input type="checkbox"/> バランス練習	<input type="checkbox"/> 家族指導 (介助方法・自主練習)	<input type="checkbox"/> 手指巧緻性練習	<input type="checkbox"/> ホットバック等	<input type="checkbox"/> 歩行練習 (屋内・屋外・応用)	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 基本動作練習		<input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 (更衣・排泄・入浴・食事・整容)	
<input type="checkbox"/> 関節可動域練習	<input type="checkbox"/> 認知機能トレーニング																			
<input type="checkbox"/> 筋力増強練習	<input type="checkbox"/> 家庭での自主練習指導等																			
<input type="checkbox"/> バランス練習	<input type="checkbox"/> 家族指導 (介助方法・自主練習)																			
<input type="checkbox"/> 手指巧緻性練習	<input type="checkbox"/> ホットバック等																			
<input type="checkbox"/> 歩行練習 (屋内・屋外・応用)	<input type="checkbox"/> その他																			
<input type="checkbox"/> 基本動作練習																				
<input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 (更衣・排泄・入浴・食事・整容)																				

上記の通り、通所リハビリテーションの実施を指示いたします。

医療機関名  
 住所  
 電話  
 FAX  
 医師氏名

診療情報提供書 (通所リハビリテーション指示書)		指示医	指示日
フリガナ	記入例見本	性別：	要支援
氏名		歳	要介護
診断名		合併症	
目標	(長期) <b>(例) 地域の集いへの定期的参加 など</b>	(短期)	<b>(例) 屋外散歩の安全な実施 など 認知症予防の自主練習の習慣化 など</b>
方針・目的 (今後3ヶ月間)		リハビリテーション終了の目安・時期	
<b>(例) 屋外歩行能力の向上・安定化 など 会話・発音・記憶・計算の練習 など</b>		<b>(例) 社会的交流機会が確立されるまで など</b>	
リハビリ中止基準	血圧	(	/ mmHg) 上限
	脈拍	回/分 以下	
	その他留意事項	(開始前・訓練中の留意事項、運動強度、負荷量等) <b>(例) 運動強度は3METsまで 動脈血酸素飽和度は90%以上 腰部の過度な前屈は禁忌 病名は未告知 など</b>	
処方内容			
必ず"1つ以上"に☑をお願い致します。			
<input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 手指巧緻性練習 <input type="checkbox"/> 歩行練習 (屋内・屋外・応用) <input type="checkbox"/> 基本動作練習 <input type="checkbox"/> 日常生活動作練習 (更衣・排泄・入浴・食事・整容)		<input type="checkbox"/> 認知機能トレーニング <input type="checkbox"/> 家庭での自主練習指導等 <input type="checkbox"/> 家族指導 (介助方法・自主練習) <input checked="" type="checkbox"/> ホットバック等 <input type="checkbox"/> その他	
		禁忌でない限り適時実施させていただきます。	

上記の通り、通所リハビリテーションの実施を指示いたします。

医療機関名 **〇〇病院**  
 住所 **X県Y市Z町1丁目2-3**  
 電話 **0000-00-0000**  
 FAX **0000-00-0000**  
 医師氏名 **〇〇 〇〇**