訪問リハビリテーション指示書（診療情報提供書）

指示期間（令和　　年　　月　　日～　3ヶ月間　）

患者氏名		生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日　　歳
患者住所	電話:		
主たる傷病名			
病状・治療状態			
投与中の薬剤の用量・用法			
要介護認定の状況	要支援（　1　　2　）	要介護（　1　　2　　3　　4　　5　）	
指示事項	☐ 1. 関節可動域運動 ☐ 2. 筋力増強運動 ☐ 3. バランス練習 ☐ 4. 呼吸機能向上練習 ☐ 5. 全身持久力向上練習 ☐ 6. 基本動作練習 ☐ 座位練習 ☐ 移乗練習 ☐ 立位練習 ☐ 歩行練習 ☐ 車いす操作練習 ☐ その他（　　）	☐ 7. ADL練習 ☐ 食事 ☐ 排泄 ☐ 更衣 ☐ 入浴 ☐ その他（　　） ☐ 8. 環境設定 ☐ 9. その他	
緊急時の連絡先			
留意事項			

※所定の研修の受講について　　☐ 適切な研修を終了等または受講している

上記のとおり訪問リハビリテーションの（ 開始 ・ 継続 ・ 終了 ）を指示いたします。

令和　　年　　月　　日

医療機関

住　　所

電　　話
（ＦＡＸ）

医師氏名

（印鑑不要）

医療法人 岸本病院　リハビリテーション科　宛