

診療情報提供書

記入日 年 月 日

診療日 年 月 日

医療法人社団 哺育会 横浜相原病院
訪問リハビリテーション担当 宛

<紹介元>

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日 (歳)
住所				電話番号	

傷病名		発症日	年 月 日	直近の入院日	年 月 日	直近の退院日	年 月 日
経過				合併症・コントロール状況 (高血圧・心疾患・呼吸器疾患・糖尿病等)			
感染症[<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無] 廃用症候群 [<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無]							

リハビリテーションを実施する際の医学的管理 (医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)	
リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項	[<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]
リハビリテーションを中止する際の基準	[<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]
具体的な負荷量	[<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]
その他	[]

具体的なゴール・目標

リハビリテーションへの指示内容 (<input checked="" type="checkbox"/>)			
<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練	<input type="checkbox"/> 筋力訓練	<input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練	<input type="checkbox"/> 介助指導
<input type="checkbox"/> 生活行為向上訓練	<input type="checkbox"/> 装具・自助具訓練	<input type="checkbox"/> 認知機能訓練	<input type="checkbox"/> 自主トレ指導
<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> 言語機能訓練	<input type="checkbox"/> 精神機能賦活	<input type="checkbox"/> 物理療法
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能訓練	<input type="checkbox"/> 家屋調整	
<input type="checkbox"/> その他 ()			

心身機能			
筋力低下	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	見当識障害	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
麻痺	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	記憶障害	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
感覚機能障害 (聴覚・視覚等)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	その他の高次脳機能障害 ()	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	栄養障害	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	疼痛	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
失語・構音障害	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
褥瘡 (部位:)			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

緊急時の連絡先・不在時の対処方法

処方内容

備考
