

診療情報提供書[訪問リハビリテーション]

紹介先医療機関等名

年 月 日

我孫子つくし野病院
訪問リハビリテーション担当医

紹介元医療機関の所在及び名称

医師氏名

印

患者氏名	性別：男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）

主たる傷病名	
紹介目的 訪問リハビリテーションの実施	感染症の有無(有る場合は具体的に御記入下さい) 未検査 無 有 ()
既往歴等	
症状経過、検査結果及び治療経過	
リハビリテーション指示事項 ※以下の実施内容の指示項目番号に○をお願い致します。	
1. 手足を動かす訓練 2. 起き上がり訓練 3. 立ち上がり訓練 4. 歩行訓練 5. 入浴訓練 6. トイレ動作訓練 7. 衣類の着替え訓練 8. 食事動作訓練 9. 寝たきりを防ぐ指導 10. 生活指導 11. 住宅改造の相談 12. 転倒予防指導 13. 筋力強化訓練(上肢・下肢・体幹) 14. 関節可動域訓練 15. 協調性及び巧緻動作訓練 16. 家族への介護指導 17. 呼吸訓練 18. 口部運動 19. 発声訓練 20. 構音訓練 21. 言葉の想起訓練 22. 聴覚理解訓練 23. 読解訓練 24. 書字訓練 25. 会話訓練 26. 精神機能向上のための訓練 27. 家族等へのコミュニケーション指導 28. 摂食・嚥下訓練(間接) 29. 摂食・嚥下訓練(直接) 30. 家族等への摂食・嚥下指導	
注意事項・現在の課題等	
備考	

※必要が有る場合は、画像診断のフィルム、検査の記録の添付を宜しくお願い致します。