

診療情報提供書[訪問リハビリテーション]

年 月 日

【紹介先】  
医療機関名

我孫子つくし野病院

訪問リハビリテーション専任医師 宛

【紹介元】  
医療機関の名称

所在地  
電話番号

担当医師

印

患者氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	性別	男・女

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 ( )	
主たる傷病名						
既往歴等						
症状経過						
治療経過						
リハビリの目的	※下記の必要と思われる項目番号に ○ をお願い致します。					
	1 日常生活動作(ADL)維持・向上	2 廃用予防・改善	3 体力維持・向上	4 歩行能力維持・向上	5 口腔機能維持・向上	6 その他 ( )
個別事項	※下記の必要と思われる項目番号に ○ をお願い致します。					
	1 身体機能強化・維持・向上	2 歩行練習	3 高次脳機能トレーニング	4 基本動作練習	5 呼吸リハビリテーション	6 精神心理的援助
	7 日常生活動作(ADL)練習	8 言語練習	9 介護相談・指導	10 体力・持久力強化	11 摂食嚥下	12 その他 ( )
リハビリ中止基準	※ガイドラインの基準と異なる場合、御記載お願い致します					
収縮期 血圧	mmHg 以上・以下	拡張期 血圧	mmHg 以上・以下	SpO2	% 以上・以下	
体温	℃ 以上・以下	脈拍	回/分 以上・以下	呼吸数	回/分 以上・以下	
禁忌および注意事項、負荷時のリスク等 (制限がある場合には具体的にお願い致します)						
その他、コメント等						

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