

診療情報提供書(訪問リハビリテーション指示書)

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生
----	--	-----	-------	---	---	----

住所

既往症

①病名

1. _____ (_____ 年 _____ 月頃)

2. _____ (_____ 年 _____ 月頃)

3. _____ (_____ 年 _____ 月頃)

現病

①診断名及び発症年月日

1. _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

2. _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

3. _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

②症状としての安定性
 安定 不安定 不明

③介護の必要度に関する予後の見通し
 改善 不変 悪化

④服薬
 有 (主要薬剤: _____)
 無

・精神・神経症状 無 有 (症状: _____)

・認知症老人の日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

* 感染症について(感染が疑われる場合、検査してください)

陽性の項目 (_____)

陰性の項目 (_____)

不明 (現在症状がなく、検査不要)

身体の状態・介護に関する意見

麻痺 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

* 現在、発生の可能性が高い病状とその対処方針(チェックされた場合は対処方針を必ず記入してください。)

尿失禁 転倒・骨折 徘徊 褥瘡 嚥下性肺炎

腸閉塞 易感染症 心肺機能の低下 痛み 脱水

その他 (_____)

・ 対処方針 (_____)

* コミュニケーション 方法での特記事項 (_____)

【訓練中止基準】 血圧 収縮期(_____ 以下 _____ 以上) / 拡張期(_____ 以下 _____ 以上)

体温 (_____ °C 以上)

その他 (_____)

リハビリ

可 否

リハビリを行う目的・留意事項

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記のとおり診断します。

住所 _____

医療機関名 _____

医師名 _____ 印 _____

なお、上記の診断は診察時の状況にもとづくものです。また、記入欄不足の場合は、別途診療情報提供書等を添付。