

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	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明				
③介護の必要度に関する予後の見通し	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化					
④服薬	<input type="checkbox"/> 有 (主要薬剤: _____)					
		<input type="checkbox"/> 無				

・精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (症状: _____)
・認知症老人の日常生活自立度	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> 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)

<input type="checkbox"/> 陽性の項目 (_____)
<input type="checkbox"/> 陰性の項目 (_____)
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> その他の皮膚疾患	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
	<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 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。)

<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎
<input type="checkbox"/> 腸閉塞	<input type="checkbox"/> 易感染症	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> 脱水
<input type="checkbox"/> 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】	<input type="checkbox"/> 血圧 収縮期(_____ 以下 _____ 以上) / 拡張期(_____ 以下 _____ 以上)
	<input type="checkbox"/> 体温 (_____ °C 以上)
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)

リ ハ ビ リ	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	リハビリを行う目的・留意事項・利用者に対する負荷

令和 _____ 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。

* リハビリに関して必ずご記入下さい。

日医かかりつけ医機能研修制度応用研修	修了済み	未修了	修了予定	月
--------------------	------	-----	------	---