

訪問リハビリテーション診療情報提供書（継続）

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| ふりがな<br>対象者名  | 男 生年月日 ( 歳) 電話番号<br>女 明・大・昭・令 年 月 日 ー |
| 住所  |                                       |
| 主な疾病名 1.<br>2.<br>3.  |                                       |
| 病状治癒状況 (安定・要注意・不安定)   |                                       |
| 特記及び注意事項  |                                       |
| 中止基準<br>血圧: / mmHg 以上 / mmHg 以下<br>体温: °C 脈拍: 呼吸:   |                                       |
| 感染症の有無（有る場合は具体的に記入して下さい）<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 不明  |                                       |
| 日常生活自立度 寝たきり: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2<br>認知症: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M |                                       |
| 訪問リハビリテーション指示 (継続・中止・終了)  |                                       |
| 1、基本動作運動  | 5、疼痛緩和                                |
| 2、生活関連動作  | 6、家屋環境整備等指導                           |
| 3、筋力増強運動  | 7、精神心理援助                              |
| 4、関節可動域運動   | 8、その他（ ）                              |
| 終了の目安・時期  | 現状の問題点・課題（今後予想されるリスク）                 |
| 緊急時連絡先  | 不在時の対応                                |

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施して下さい

ニコニコリハビリステーション 宛

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

Ⓜ