

# 診療情報提供書

## (訪問リハビリ指示書)

利用者氏名	生年月日	性別 男 ・ 女
様	M. T. S. H	年 月 日
利用者住所		
電話：		
主たる傷病名		
現在の病状・治療状態		
既往歴（発症日）		
日常生活自立度	正常	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症生活自立度	正常	I II a II b III a III b IV M
要介護認定の状況	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）	
目 標		
指示項目		
1. 関節可動域練習	2. 筋力強化練習	3. 巧緻動作練習
4. 起き上がり練習	5. 立ち上がり練習	6. 移乗練習
7. 歩行練習	8. トイレ動作練習	9. 入浴動作練習
10. 食事動作練習	11. 住宅改修指導	12. 自主訓練指導
13. その他（                                  ）		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、訪問リハビリテーションの( 開始 ・ 継続 ・ 終了 )を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名及び所在地

電話    —    —

FAX    —    —

医師氏名

