

訪問リハビリテーション情報提供書

紹介先リハビリテーション事務所
光市立大和総合病院 訪問リハビリテーション室

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称				
電話番号		医師氏名		印
性別		生年月日	年齢	
患者氏名				
患者住所				
電話番号		職業		
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)				
訪問リハビリテーションの目的				
合併症・コントロール状況(高血圧,心疾患,呼吸器疾患,糖尿病等)				
治療の大要 (最終診療日: 年 月 日)				
現在の治療薬				
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)				
<input type="checkbox"/> 自立 <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				
認知症高齢者の日常生活自立度				
<input type="checkbox"/> 自立 <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				
要介護状態区分等(有効期限: 年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
訪問リハビリテーション指示事項(以下の1~3の項目はいずれか1つ以上を記載してください。)				
<input type="checkbox"/> 1. リハビリ開始前または実施中の留意事項 <input type="checkbox"/> 2. やむを得ずリハビリを中止する際の基準 <input type="checkbox"/> 3. リハビリにおける利用者に対する負荷 <input type="checkbox"/> 4. その他				
訪問リハビリ継続が必要な理由、その他の指定居宅サービスへの移行の見通し				
リハビリテーションを実施する際の医学的管理(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)				