

(介護予防)訪問リハビリテーション指示箋

指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

フリガナ	男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日生(歳)
利用者氏名			
現在の状況(該当項目に☒)			
疾患名	(手術歴:)		
既往歴	既歴: <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他()		
現病歴	現病歴:		
感染症	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり()・ <input type="checkbox"/> 不明		
装着・使用 医療機器等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自動腹膜還流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法(/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸器(設定) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他()		
訪問リハビリテーションの目的 <input type="checkbox"/> 心身機能の維持・向上 <input type="checkbox"/> 基本動作能力の維持・獲得 <input type="checkbox"/> 歩行能力の維持・獲得 <input type="checkbox"/> ADL, IADL の維持・獲得 <input type="checkbox"/> 生活指導及び環境調整 <input type="checkbox"/> その他()			
訪問リハビリテーション指示項目 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL, IADL 訓練 <input type="checkbox"/> 生活指導及び環境調整 <input type="checkbox"/> その他()			
リハビリテーションの際の注意事項・中止基準・負荷量について(どれか1つ以上に☒もしくは記入) <input type="checkbox"/> 注意事項: <input type="checkbox"/> 中止基準: <input type="checkbox"/> 血圧: 以上/ 以下 <input type="checkbox"/> 脈: 回/分 <input type="checkbox"/> SPO ₂ : % <input type="checkbox"/> 体温 度以上 <input type="checkbox"/> その他: () <input type="checkbox"/> 運動負荷量: <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 ※()			
特記事項			

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名: 医療法人社団一秀会 春日病院 訪問リハビリテーション事業所

医師氏名: