

# 診療情報提供書(訪問リハビリテーション)

令和 年 月 日

情報提供先事業所 けい整形外科クリニック  
 訪問リハビリテーション事業所 担当医 宛

医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX 番号

医師氏名

印

患者氏名	(ふりがな)	男 ・ 女	〒	-	
	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳 )		連絡先	( )	

**患者の病状、経過等**

(1) 診断名(生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入)及び発症年月日	
1	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容	
(3) 日常生活の自立度等について	
・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
(4) 診療形態	入院患者の場合
外来 ・ 訪問診療 ・ 入院	入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日

**訪問リハビリテーションを利用する上での留意点、介護方法等**

(1) 装着・使用器具等	
<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <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 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他	
(3) 訪問リハビリテーションの利用目的	
<input type="checkbox"/> 心身・ADL能力維持向上 <input type="checkbox"/> 活動性維持向上 <input type="checkbox"/> 介護者の負担軽減 <input type="checkbox"/> 生活の活性化 <input type="checkbox"/> 転倒による骨折予防 <input type="checkbox"/> 職業復帰 <input type="checkbox"/> その他	
(4) サービス提供時における医学的観点からの留意事項	
・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( ) ・骨折 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( ) ・不整脈 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( ) ・低血糖 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( ) ・転倒 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり( ) ・その他	
(5) リハビリテーション実施内容	
<input type="checkbox"/> 関節可動域運動 <input type="checkbox"/> 起居動作練習 <input type="checkbox"/> 基本動作練習 <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> 介助指導 <input type="checkbox"/> 外出支援(屋外練習) <input type="checkbox"/> IADL練習 <input type="checkbox"/> 自主練習指導 <input type="checkbox"/> 心理的支援 <input type="checkbox"/> その他	
(6) 中止基準	
<input type="checkbox"/> 心拍数 回/分以上 <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 mmHg以上 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧 mmHg以上 <input type="checkbox"/> その他	
(7) 特記事項(実施時の禁忌等、訪問リハビリに対する適切な研修を修了または受講予定について)	

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を依頼いたします。