

訪問リハビリテーション指示書・情報提供書

利用者氏名		生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ()歳												
傷病名															
合併症															
症状・治療 状態															
投与中の薬剤の用法・用量															
特記検査結果(CT・X-P等)															
禁忌事項 留意事項	<input type="checkbox"/> 血圧200mmHg以上 <input type="checkbox"/> 安静時脈拍数120分以上 <input type="checkbox"/> 著しい不整脈がある場合 <input type="checkbox"/> 安静時酸素飽和度(SpO ₂)90%以下 <input type="checkbox"/> 胸痛がある場合 <input type="checkbox"/> 転倒注意 <input type="checkbox"/> その他()														
リハビリテーション指示事項 <table border="0" style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">1.褥瘡予防指導</td> <td style="width:33%;">2.拘縮予防指導</td> <td style="width:33%;">3.筋力維持・向上</td> </tr> <tr> <td>4.体力維持・向上</td> <td>5.評価</td> <td>6.環境整備</td> </tr> <tr> <td>7.介助指導</td> <td>8.各種動作指導</td> <td>9.歩行訓練</td> </tr> <tr> <td>10.その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				1.褥瘡予防指導	2.拘縮予防指導	3.筋力維持・向上	4.体力維持・向上	5.評価	6.環境整備	7.介助指導	8.各種動作指導	9.歩行訓練	10.その他		
1.褥瘡予防指導	2.拘縮予防指導	3.筋力維持・向上													
4.体力維持・向上	5.評価	6.環境整備													
7.介助指導	8.各種動作指導	9.歩行訓練													
10.その他															
緊急時の連絡先 不在時の対応法															

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。

令和 年 月 日
~令和 年 月 日

医療法人藤仁会藤村病院 指定訪問リハビリテーション事業所 殿

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)

主治医 氏名

Ⓔ