診療情報提供書（訪問リハ指示書）

紹介先医療機関名　　高崎中央病院

訪問リハ担当医　　高橋直樹　殿

年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名　　印

患者氏名：　　様　　性別：　男・女 生年月日：　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳） 患者住所： 電話番号：

傷病名：	訪問リハビリテーション目的：
既往歴：	
症状経過：	
現在の処方：	

本人及び家族の希望：
訪問リハビリの指示事項： □拘縮予防　□疼痛緩和　□筋力増強訓練　□協調性訓練 □起居・移乗動作訓練　□歩行訓練　□ADL 訓練　□IADL 訓練 □呼吸訓練　□認知機能訓練　□摂食・嚥下訓練　□発声・構音・言語訓練 □転倒予防指導　□介助方法提案　□住宅改修・福祉用具の相談 □その他（　　）
訪問リハビリテーション開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等： □転倒　□低・高血糖症状　□発熱（　　℃以上）　□呼吸困難・めまい・嘔気・狭心痛 □頻脈・徐脈・不整脈　□血圧変動（収縮期　　㎜Hg 以上/拡張期　　㎜Hg 以上） □その他（　　）　□制限なし
直近の診療日：　　年　　月　　日