

(訪問リハビリ指示書)

患者氏名	生年月日
様	M・T・S 年 月 日
主たる傷病名	
現在の病状・治療状態	
在宅訪問リハビリの指示事項	
＜PT＞1. 手足を動かす訓練 2. 起き上がり訓練 3. 立ち上がり訓練 4. 歩行訓練 5. 入浴訓練 6. トイレ動作訓練 7. 衣類の着替え訓練 8. 食事動作訓練 9. 寝たきりを防ぐ指導 10. 生活指導 11. 住宅改造の相談 12. 転倒予防指導 13. 筋力強化訓練(上肢・下肢・体幹) 14. 関節可動域訓練 15. 家庭でできる体操の訓練 16. 協調性及び巧緻動作訓練 17. 家族等への介護指導 18. その他 19. 感染の注意	
特記すべき留意事項	

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師名

印

※ 参考 : 診療情報提供料 (I)

在宅患者の医学管理を主として担当する保険医療機関と訪問リハビリテーションを行う  
保険医療機関との間で患者の診療情報を相互に提供する場合に算定します。

毎月訪問の状況の報告を致します。

(ケアマネ等他事業者と情報共有のため同じ書式を使用させていただきます)

計画書はリハビリテーション実施計画書に基づいて行わせていただきます。

\* 毎月リハ継続の確認を宜しくお願い致します。(変更がある際は再指示をお願いいたします)

医療法人社団輝峰会 東取手病院

訪問リハビリステーション東取手

管理者 医師 石津 泰彦 印

〒302-0011 茨城県取手市井野246

TEL 0297-74-3333

FAX 0297-74-3338