

# 診療情報提供書 (訪問リハビリテーション)

年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関の所在及び名称

けやきの里クリニック

訪問リハビリテーション担当医

医師氏名

印

<b>患者氏名</b> <div style="text-align: right;">様 ( 才 )</div>	<b>生年月日</b> M・T・S 年 月 日
<b>主たる傷病名</b>	<b>障害・症状</b>
<b>合併症と治療状態</b>	<b>感染症の有無</b> なし あり ( )
<b>既往歴</b>	
<b>治療経過</b>	
<b>リハビリテーションの目的</b> ※当てはまるものに○ 1.在宅生活維持 2.痛みの緩和 3.通所系サービスへの移行準備 4.家族指導 5.生活能力向上 6.復職 7.その他 ( )	<b>※下記項目のうち1ヶ所以上は必ずご記入下さい</b> <b>リハビリ前・リハビリ中の留意事項</b> 荷重制限 なし あり ( ) 酸素投与 安静時 ( )% 運動時 ( )% その他 ( ) <b>中止基準</b> 血圧 ( / ) 以上 休止 中止 ( / ) 以下 休止 中止 脈拍 ( ) 以上 休止 中止 ( ) 以下 休止 中止 SpO <sub>2</sub> ( )% 以下 休止 中止 胸痛時 休止 中止 呼吸苦 休止 中止 その他 ( ) <b>具体的な運動負荷</b>
<b>リハビリテーション内容</b> ※当てはまるものに○ 1.関節可動域訓練 2.ストレッチ 3.筋力増強訓練 4.歩行訓練 (屋内 屋外) 5.基本動作訓練 (起き上がり 座位 立ち上がり) 6.ADL訓練 (更衣 トイレ動作 整容 入浴) 7.IADL訓練 (調理 買い物 洗濯 掃除 その他) 8.摂食嚥下訓練 9.言語発声訓練 10.呼吸訓練 11.復職訓練 12.家族指導 13.自主練習指導 14.余暇活動支援 15.環境整備 16.その他 ( )	