**診療情報提供書**

**（訪問リハビリテーション指示書）**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名：　　　　　　　　　　殿 | 生年月日大正・昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 患者住所： |
| 主たる傷病名： |
| 発症日： |
| 現在の病状・治療状態など： |
| 在宅訪問リハビリテーションの指示事項□基本動作練習　　　　　　　　　　　　　　　□心臓リハビリテーション（起居・移乗・歩行・　　　　　　　）　　　　□呼吸リハビリテーション□日常動作練習　　　　　　　　　　　　　　　□嚥下リハビリテーション（トイレ・着替え・食事・入浴・　　）　　　　□呼吸リハビリテーション□筋力強化運動　　　　　　　　　　　　　　　□家族等への介護指導□関節可動域運動　　　　　　　　　　　　　　□環境調整□その他： |
| 特記すべき情報（*リハビリ実施上の留意事項、禁忌、感染症等*） |

上記の通り　訪問リハビリテーション　の指示を致します。

　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　　月　　　　　日より3か月

医療機関名：

住　所　　：

電　話　　：

F A X　　：

医　師　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印