

訪問リハビリテーション指示書（診療情報提供書）

診療日（令和 年 月 日 から3月間算定可能）

訪問リハビリテーション指示期間（令和 年 月 日 ～ 月 日）

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）	
患者住所	E L（ ） ー	
主たる傷病名		
病状・治療の経過		
合併症・コントロール状態		
日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 要支援（ 1 ・ 2 ） <input type="checkbox"/> 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）	
心身機能・構造	関節可動域制限 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 運動麻痺 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 摂食嚥下障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知機能障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 栄養障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	筋力低下 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 感覚機能障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 失語症・構音障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 疼痛 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ADL	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 トイレ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排尿管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 階段 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排便管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
留意事項及び指示事項		
I 療養生活指導上の留意事項		
II リハビリテーション指示		
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 家事動作訓練 その他（ ）		
特記すべき留意事項（注：リハビリ中の注意事項、薬の相互作用・副作用についての留意点等）		
備考		

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

（ F A X ）

医 師 名