

# 訪問リハビリ診療情報提供書(指示書)

指定訪問リハビリテーションハーティハイム

年 月 日

管理者・医師 高田 博信 殿  
医師 高橋 秀幸 殿  
医師 内田 党央 殿

医療機関

所在地

電話番号

医師氏名

㊞

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和
利用者氏名					年 月 日 ( 才 )
診断名	1.			発症・受傷 年月日	年 月 日
	2.			発症・受傷 年月日	年 月 日
	3.			発症・受傷 年月日	年 月 日
	4.			発症・受傷 年月日	年 月 日
	5.			発症・受傷 年月日	年 月 日
障害名	1.				
	2.				
	3.				
症状・治療経過					
処方内容					
使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (    l/min ) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 経鼻・胃ろう: チューブサイズ    日に1回交換 ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル ( サイズ    日1回交換 ) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ ( サイズ    ) <input type="checkbox"/> ドレーン ( 部位:    ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 (    )				
リハビリ指示					
到達目標 または リハビリ目的					
禁忌及注意事項、負荷時のリスク (制限、中止基準がある場合には具体的に)					
<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他					
備考					