

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
医師 江原 かおり 殿

医療機関
所在地
電話番号
医師氏名 印

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	☐ 透析液供給装置 ☐ 酸素療法（ l/min ） ☐ 吸引器							
	☐ 経管栄養（ 経鼻・胃ろう：チューブサイズ 日に1回交換 ）							
	☐ 留置カテーテル（ サイズ 日1回交換 ） ☐ 気管カニューレ（ サイズ ）							
	☐ ドレーン（ 部位： ） ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱							
	☐ 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（ <u>制限、中止基準がある場合には具体的に</u> ）								
☐ 血圧 ☐ 嚥下 ☐ 呼吸 ☐ 移動 ☐ その他								
備考								