診療情報提供書

（訪問リハビリテーション依頼書）

東川口病院　宛

指示期間：西暦　　年　月　日～西暦　　年　月　日
「紹　　介　　元」
「医療機関・施設の名称」
「所　　在　　地」
「電　話　番　号」
医師氏名　　㊞

患者氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日 （　歳）
住所		電話番号	―　―		
診断名	1．　発症年月日　年　月　日 2．　発症年月日　年　月　日 3．　発症年月日　年　月　日	障害名	1． 2． 3．		
要介護認定の状況	要支援（1　2）　経過的要介護　要介護（1　2　3　4　5）				
症状・治療経過					
投薬中の薬剤の用法・用量					
装着・使用医療機器等	1．自動腹膜灌流装置　2．透析液供給装置　3．酸素療法（　l／min） 4．吸引器　5．中心静脈栄養　6．輸液ポンプ 7．経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ　、　日に１回交換） 8．留置カテーテル（サイズ　、　日１回交換） 9．人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定　） 10．気管カニューレ（サイズ　）　11．ドレーン（部位：　） 12．人口肛門　13．人口膀胱　14．その他（　）				
日常生活自立度	寝たきり度　□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2 痴呆の状況　□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M				
リハビリへの指示内容	□関節可動域（部位　）　□筋力強化（部位　）　□歩行練習　□ＡＤＬ練習 □呼吸機能・吸引　□装具・自助具　□高次脳機能　□言語機能　□摂食・嚥下 □家屋調整　□介助指導　□自主トレ指導　□その他（　）				
禁忌及び注意事項、負荷時のリスク（制限、中止基準がある場合は具体的に）					
緊急時の連絡先、不在時の対応方法					
その他コメント※吸引時の注意点等有れば記載をお願い致します。					