

訪問リハビリテーション指示書

ふりがな		性別	生年月日		年 月 日
対象者名			年齢		歳
住所		電話番号			
主な傷病名(生活機能低下の原因となった傷病名)		診察開始日			
1.		年 月 日			
2.		年 月 日			
3.		年 月 日			
4.		年 月 日			
5.		年 月 日			
既往歴					
合併症					
検査結果及び治療経過					
<p>装着・使用医療器具等</p> <p> <input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ()) </p>					
特記及び留意事項					
<p>リハビリテーション中止基準</p> <p> <input type="checkbox"/> 血圧 / mmHg以上, / mmHg以下 <input type="checkbox"/> 脈拍 回／分以上 <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 SPO2 %以下 <input type="checkbox"/> 体温 °C 以上 </p>					
訪問リハビリテーション指示		初回	・	継続	
1. 基本動作		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 5. 疼痛緩和	
2. 生活関連動作		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 6. 家屋環境指導	
3. 筋力増強運動		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 7. 精神心理援助	
4. 関節可動域運動		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 8. その他	
終了の目安・時期		<input type="checkbox"/>			
現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)					
退院日(退所日)		令和 年 月 日			

指示日 年 月 日
医師氏名