

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				
装着・使用医療器具等				
<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 ()		
特記及び留意事項				
リハビリテーション中止基準				
<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	℃ 以上		
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"/>	5. 疼痛緩和 <input type="checkbox"/>			
2. 生活関連動作 <input type="checkbox"/>	6. 家屋環境指導 <input type="checkbox"/>			
3. 筋力増強運動 <input type="checkbox"/>	7. 精神心理援助 <input type="checkbox"/>			
4. 関節可動域運動 <input type="checkbox"/>	8. その他 <input type="checkbox"/>			
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