訪問リハビリテーション診療情報提供書（継続）

指示期間：　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

ふりがな 対象者名	性別：男・女	生年月日 明・大・昭　　年　　月　　日	（　　歳）
主な疾病名　１． ２． ３．			
病状治癒状況		（安定・要注意・不安定）	
注意事項・特記すべき留意事項・負荷等　（※必須）			
日常生活自立度　寝たきり：□正常□J1□J2□A1□A2□B1□B2□C1□C2 認知症：　□正常□Ⅰ□Ⅱa□Ⅱb□Ⅲa□Ⅲb□Ⅳ□M			
訪問リハビリ目的と終了の目安			
訪問リハビリテーション指示　（※以下の指示項目に☑をお願いします。） □関節可動域訓練　□筋力強化訓練　□基本動作訓練 □日常生活動作訓練　□日常生活関連動作訓練　□屋内・屋外歩行訓練 □高次脳機能訓練　□住環境の調整　□福祉用具の評価・導入 □家族等への介助指導　□呼吸リハビリテーション　□その他（　　）			
緊急時連絡先・不在時の対応			

上記の診療情報に基づき、訪問リハビリテーションを実施して下さい

金沢整形外科クリニック　　年　　月　　日

訪問リハビリ　あすた　　医療機関名

訪問リハビリ指示医　　宛　　住所

電話

医師氏名　　㊞