診療情報提供書及び訪問リハビリテーション依頼書

西間木病院　訪問リハビリテーション

担当医殿　　　　　　　　　　　　　　　指示期間：　　　　　　　年　　　　月　　　　　日　まで

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 様 | 男・女 | 生年月日　西暦　　　　年　　　　月　　　 日(　　　　　歳) |
| 患者住所 |  |
| 傷病名、障害名(発症、受傷日等) |  |
| 現在の状況 | 病状、治療状態 |  |
| 投与中の薬剤の用量、用法 |  |
| 日常生活自立度 | 障害老人の日常生活自立度 | 正常・J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 |
| 認知症老人の日常生活自立度 | 正常・Ⅰ ・ Ⅱａ ・ Ⅱｂ ・ Ⅲａ ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M |
| 要介護認定の状況 | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ） |
| 日常生活動作(ADL) | 〇食事：自立/一部介助/全介助　　　　　　　 (食形態：　　　　　　　　　　　　) | 〇更衣：自立/一部介助/全介助　　　 |
| 〇移乗：自立/一部介助/全介助　　　 | 〇整容：自立/一部介助/全介助　　　 |
| 〇移動：自立/一部介助/全介助　　　　　 (装具、杖等　　　　　　　　　　) | 〇入浴：自立/一部介助/全介助　　　 |
| リハビリの指示事項 |
| □起居動作練習□座位保持練習□起立・立位保持練習□歩行練習　□呼吸機能練習 | □拘縮予防□筋力強化練習(部位：上肢・体幹・下肢)□日常生活動作練習□家事動作練習□家族への介助指導・相談 | □趣味活動・社会参加□生活指導(転倒予防・自主トレ等)□補助具・福祉用具の選定□家屋改修検討 |
| 本人および家族の要望 | リハビリの目的 |
| 特記すべき留意事項 |
| 　　　　　　□中止基準　　　　　　　　血圧　　収縮期　　　　　mmHg以上　／　　　　mmHg以下　　　　　　　　　　　　　拡張期　　　　　mmHg以上　　　　　　　　脈拍　　頻脈（　　　　回／分以上　）　　徐脈（　　　　回／分以下　）　　　　　　　　酸素飽和度　　SPO2　　　　　％以下　　　　　　　　呼吸数　　　　　　　以上　　 以下　　　　　　□その他の症状　　　　　　　　　　　　　　　□禁忌事項 |
| □日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修の単位を取得している。または取得予定である。　上記の通り、指定訪問リハビリテーションの実施を依頼いたします。 |
|  | 年　　　　月　　　　日医療機関名住所電話医師氏名 |

診療情報提供書及び訪問リハビリテーション依頼書の記入例



受診日から

最大3カ月間です

チェックをお願いします

・指示期間は、診療情報提供書作成した日から　最大３か月となります。

・修正や加筆がある場合は記入をお願いします。

　〇参考

　　　日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」

　　　<https://www.med.or.jp/doctor/kakari/>