**訪問リハビリテーション診療情報提供書（継続）**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな　　　　　　　　 　男　生年月日　　　　　（　　　歳）　　　電話番号  対象者名　　 　　　　　　 女　 明・大・昭・平　　年　　月　　日　　　　－ | |
| 住所 | |
| 主な疾病名　１．  　　　　　２．  　　　　　３． | |
| 病状治癒状況　　　　　　　　　　　　　　　　（安定・要注意・不安定） | |
| 特記及び注意事項　（中止に際しての基準等、特記すべきことがあればご記入をお願いします） | |
| 感染症の有無（有る場合は具体的に記入して下さい）  □無　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□不明 | |
| 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 | |
| 訪問リハビリテーション指示　　　　　　　　　　　　（継続　・中止　・終了） | |
| １、基本動作運動　　　　　　　　　　　　５、疼痛緩和  ２、生活関連動作　　　　　　　　　　　　６、家屋環境整備等指導  ３、筋力増強運動　　　　　　　　　　　　７、精神心理援助  ４、関節可動域運動　　　　　　　　　　　８、その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 終了の目安・時期 | 現状の問題点・課題（今後予想されるリスク） |
| 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。  公益財団法人近江兄弟社　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  ヴォーリズ記念病院　　　　　　　　　医療機関名  訪問リハビリ指示医　　　宛　　 　 住所 | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　医師氏名　　　　　　　　 　　　　　　㊞