

訪問リハビリテーション指示書

ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)
氏名	(男・女)						
【主病名】							
【現病歴】							
【合併症・既往歴】							
【治療方針、治療内容】							
【直近の医学的所見】							
【リハビリテーションの方針】							
【リハビリテーション指示内容】							
<input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力強化練習 <input type="checkbox"/> 耐久性向上練習 <input type="checkbox"/> 巧緻動作練習 <input type="checkbox"/> 協調性改善練習 <input type="checkbox"/> 起居動作練習 <input type="checkbox"/> 起立・立位保持・移乗練習 <input type="checkbox"/> 各種体操指導：肩こり・肩関節周囲炎・腰痛・変形性膝関節症・その他		<input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 高次脳機能練習 <input type="checkbox"/> 言語・構音・嚥下練習 <input type="checkbox"/> 義肢・装具・自助具作成 <input type="checkbox"/> 呼吸機能向上練習 <input type="checkbox"/> コミュニケーション練習 <input type="checkbox"/> 日常生活動作練習		<input type="checkbox"/> 生活行為向上練習 <input type="checkbox"/> 環境調整 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 認知症リハビリ			
【禁忌事項・感染症などの注意事項】							
【主治医医療機関休診日の連絡先】							

2017.10ver

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示します。

年 月 日

介護老人保健施設 ごぎょうの里
訪問リハビリテーション 宛

医療機関名
住所
電話
FAX
診療科
医師氏名

印