

# 診療情報提供書（通所リハビリテーション）

令和 年 月 日

桜の園 通所リハビリテーション

担当医 南浦 光昭 殿

紹介元医療機関等の所在地及び名称

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

患者氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
患者住所		電話番号	
主たる傷病名 発症または 初診月日・退院月 日	(介護・支援を要する原因となった傷病名等)		後遺症等
現在の処方:			
リハビリテーションを実施する際の医学的管理(医師によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)			
通所リハビリの指示項目			
<input type="checkbox"/> 1、関節可動域訓練・筋力強化訓練 <input type="checkbox"/> 2、寝返り・起き上がり・座位・立ち上がり訓練 <input type="checkbox"/> 3、歩行・移動訓練			
<input type="checkbox"/> 4、食事・排泄・整容・更衣動作訓練 <input type="checkbox"/> 5、体力維持・向上訓練 <input type="checkbox"/> 6、福祉用具の選定・相談			
<input type="checkbox"/> 7、住宅改修相談 <input type="checkbox"/> 8、家族指導・相談 <input type="checkbox"/> 9、閉じこもり予防			
<input type="checkbox"/> 10、その他 ( _____ )			
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)			
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
認知症高齢者の日常生活自立度			
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			
備考			

- 備考
- 1、必要がある場合には続紙に記載して添付すること。
  - 2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  - 3、紹介先が保健医療期間以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ患者住所及び電話番号を必ず記入すること