

別書式でも可

記入方法

指示期間、最大3カ月

訪問リハビリテーション指示書

指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名		生年 月日	年 月 日 ( 歳 )
患者住所	室蘭市		
現在の状況 (該当項目に○印)			
主たる 傷病名	必ず記入		
症状・治療 現在の状 態			
投与中の 薬剤の 用量・用法	別紙でも可		
要介護認定の状況	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
装着・使用 医療機器 等	1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( /min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 警官栄養 (経鼻・胃瘻) 8. 留置カテーテル 9. 人工呼吸器 (設定 ) 10. 気管カニューレ 11. 人工肛門 12. その他		
療養生活指導上の留意事項	禁忌事項などあれば記入 なければ「なし」で可		
訪問リハビリテーション指示事項	1. 身体機能訓練 2. 日常生活動作訓練 3. 介護指導 4. その他 詳細は個別性が高いため、その都度依頼者 や訪問リハ実施機関にご確認ください。		
緊急時の連絡先			

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
住所  
電話・FAX  
医師氏名

指示書は3カ月に1枚必要。  
2回目以降は事業所からの報告書と一緒に作成依頼が  
届きます。  
内容は病状に変化がなければ同様でもかまいません。

殿