

訪問リハビリテーション指示書

指示日: 年 月 日

| | | | | | |
|--|---|--|-------|--------|-------|
| 主治医・病院名 | | 専任医・病院名 | | | |
| 患者氏名 | | 発症日 | 年 月 日 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 診断名 | | 合併症 | | | |
| 障害名 | <input type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障 <input type="checkbox"/> 姿勢反射障害 <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 呼吸・循環器障害 | | | | |
| 理学療法 | | 作業療法 | | 言語聴覚療法 | |
| <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 筋持久力訓練 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 感覚入力訓練 <input type="checkbox"/> 協調性訓練 <input type="checkbox"/> 巧緻性訓練 <input type="checkbox"/> 起き上がり練習 <input type="checkbox"/> 寝返り練習 <input type="checkbox"/> 座位練習 <input type="checkbox"/> 立ち上がり練習 <input type="checkbox"/> 立位保持練習 <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 階段昇降練習 <input type="checkbox"/> 呼吸練習 | | <input type="checkbox"/> 食事動作練習 <input type="checkbox"/> 更衣動作練習 <input type="checkbox"/> 排泄動作練習 <input type="checkbox"/> 整容練習 <input type="checkbox"/> 入浴練習 <input type="checkbox"/> 家事動作練習 <input type="checkbox"/> 職業前練習 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 禁忌・注意すべき点 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | |
| 担当印 | | | | | |
| PT: | | OT: | | ST: | |

訪問リハビリテーション指示書(記入例)

指示日: **2019**年 **4**月 **11**日

| | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|--|
| 主治医・病院名 港島 太郎 ・ 港島病院 | | 専任医・病院名 | | |
| 患者氏名 | ポーアイ 太郎 | 発症日 | H29 年 1 月 1 日 | 生年月日 S1 年 1 月 1 日 |
| 診断名 | 腰椎圧迫骨折 | 合併症 | 高血圧症・糖尿病・脳梗塞(H23.1) | |
| 障害名 | <input checked="" type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障 <input type="checkbox"/> 姿勢反射障害 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 呼吸・循環器障害 | | | |
| 理学療法 | | 作業療法 | | 言語聴覚療法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 筋持久力訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 感覚入力訓練 <input type="checkbox"/> 協調性訓練 <input type="checkbox"/> 巧緻性訓練 <input type="checkbox"/> 起き上がり練習 <input type="checkbox"/> 寝返り練習 <input type="checkbox"/> 座位練習 <input checked="" type="checkbox"/> 立ち上がり練習 <input checked="" type="checkbox"/> 立位保持練習 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行練習 <input checked="" type="checkbox"/> 階段昇降練習 <input type="checkbox"/> 呼吸練習 | | <input type="checkbox"/> 食事動作練習 <input type="checkbox"/> 更衣動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄動作練習 <input type="checkbox"/> 整容練習 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴練習 <input type="checkbox"/> 家事動作練習 <input type="checkbox"/> 職業前練習 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 禁忌・注意すべき点 脳梗塞の既往、右片麻痺あり。転倒に注意。 160mmHg以上の収縮期血圧であれば中止。 その他、別紙参照 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 担当印 | | | | |
| PT: | | OT: | | ST: |

訪問リハビリテーション指示書(記入例)

指示日:平成**29**年 **4**月 **11**日

| | | | | |
|--|---|---------------------------------|------------------------------------|--|
| 主治医・病院名 港島 太郎 ・ 港島病院 | | 専任医・病院名 | | |
| 患者氏名 | ポーアイ 太郎 | 発症日 | H29 年 1 月 1 日 | 生年月日 S1 年 1 月 1 日 |
| 診断名 | 腰椎圧迫骨折 | 合併症 | 高血圧症・糖尿病・脳梗塞(H23.1) | |
| 障害名 | <input checked="" type="checkbox"/> 片麻痺 <input type="checkbox"/> 感覚障害 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢欠損 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 言語障害 <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障 <input type="checkbox"/> 姿勢反射障害 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 呼吸・循環器障害 | | | |
| 理学療法 | | 作業療法 | | 言語聴覚療法 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強訓練 | | <input type="checkbox"/> 食事動作練習 | | |
| <p><当院の訪問リハビリを利用している患者様></p> <p><input type="checkbox"/> ・訪問リハビリの継続には3カ月ごとの主治医からの指示書が必要です。</p> <p><input type="checkbox"/> ・指示日は受診日で記載をお願い致します。</p> <p><input type="checkbox"/> ・3カ月後の予約を取っていただくとスムーズです。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> お忙しい所申し訳ありませんが、この書式で作成をよろしくお願い致します。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 何かあれば、内線7065までお電話下さい。</p> | | | | |
| 禁 脳梗塞の既往、右片麻痺あり。転倒に注意。 160mmHg以上の収縮期血圧であれば中止。 その他、別紙参照 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 担当印 | | | | |
| PT: | | OT: | | ST: |