

診療情報提供書（兼 訪問リハビリ指示書）

訪問リハビリテーション指示期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）

氏名	様	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	（ 歳）
主病名							
【現病歴】							
【合併症・既往歴】							
【治療方針・リハビリ目標】 <input type="checkbox"/> 身体機能維持・向上 <input type="checkbox"/> 日常生活動作の獲得 <input type="checkbox"/> その他方針（ ）							
【禁忌事項・開始前、実施中の注意事項・運動負荷等】							
【リハビリテーション指示内容】 <input type="checkbox"/> 身体機能練習（筋力強化・関節可動域拡大・バランス・自主トレ指導等） <input type="checkbox"/> 起居動作・日常生活動作練習（歩行・屋外歩行・トイレ動作・入浴動作・公共機関等） <input type="checkbox"/> その他指示内容（ ）							

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。

令和 年 月 日

【紹介元】

医療機関名

住 所

電 話

F A X

医師氏名

印