訪問リハビリテーション指示書

**別書式でも可**

**指示期間、最大３カ月**

記入方法

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | | 明・大・昭　　年　　月　　日生  （　　　　歳） |
| 患者住所 | 登別市 | | |
| 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  **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。**  　２．日常生活動作訓練  　３．介護指導  　４．その他 | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | |

　　　指示期間（　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日）

　　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

**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。**

　医療機関名

　住所

　電話・FAX

　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様