

訪問リハビリテーション指示書

_____年____月____日

〒399-8501

事業所の所在地および名称

長野県北安曇郡松川村字南神戸 4360-19

〒399-8501 長野県北安曇郡松川村字南神戸 4360-19

介護老人保健施設 **ライフ2**

介護老人保健施設 **ライフ2**

TEL(0261) 61 - 1839

FAX(0261) 61 - 1838

訪問リハビリテーション担当者 殿

医師氏名

中谷 易功

印

TEL 0261(61)1839 FAX 0261(61)1838

フリカナ			男	明治・大正・昭和 (19 年)					
氏名			女	年	月	日生 (歳)			
傷病名	1.	年 月 日 (頃) 発症							
	2.	年 月 日 (頃) 発症							
	3.	年 月 日 (頃) 発症							
障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <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									
痴呆老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <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"/> M									
麻痺	無	有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)	軽度	中度	重度				
拘縮	無	有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)	軽度	中度	重度				
尿失禁	無	時々 常時	便失禁	無	時々 常時	褥瘡 無 有 部位 ()			
嚥下障害	無	軽度 高度	聴覚障害	無	軽度 高度	言語障害 失語症・構音障害 無 軽度 高度			
視力障害	無	軽度 高度	処置	気管切開 胃瘻 経鼻カテーテル 尿管カテーテル その他 ()					
徘徊	無	軽 重	不穏興奮	無	軽 重	攻撃的行為 無 軽 重			
HBs 抗原	+	-	HCV 抗体	+	-	梅毒反応 +			
MRSA 部位 ()									
病歴補足、検査所見の特記事項、訪問リハ時の注意事項									
処方内容 (特に訪問リハビリ時に問題となる薬剤をお書き下さい。)			リハビリテーション指示						
			内容	必要(チェック)	必要なし				
特記すべき留意事項 血圧 中止基準 _____mmHg 以上 / _____mmHg 以下 その他の症状 _____ 禁忌・注意事項 _____			運動療法 (筋力、関節)						
			歩行・移動訓練						
			ADL 訓練	起居・移乗					
				食事・嚥下					
				排泄					
				入浴					
				更衣					
			整容						
			心理支持的アプローチ						
			福祉用具の選定・提案						
住宅環境 (手すり・段差等) の調整・提案									
介護者への介護方法指導									
その他									

上記の通り、利用者の診療情報を提供するとともに、訪問リハビリテーションを依頼します。