

# 診療情報提供書（紹介状）

令和      年      月      日

老人保健施設 白楽園  
訪問リハビリテーション  
管理者 医師 高田育紀 行

医療機関：  
住所：  
電話（FAX）：  
医師氏名： 印

氏名	性別	生年月日	
様	男・女	明・大・昭	年 月 日生（ 歳）
住所			電話番号
主傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）、既往歴など			
症状経過、検査結果及び治療経過			
要介護認定の状況		要支援（ 1・2 ）要介護（ 1・2・3・4・5 ） 申請中	
障害高齢者日常生活自立度		正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
認知症高齢者日常生活自立度		正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
感染症の有無		なし・あり：	
現在の処方			
リハビリテーション紹介目的	主治医意見		
	リハビリテーションメニュー：必要な項目に○ 1.起居動作訓練 2.移乗動作訓練 3.座位訓練 4.立位訓練 5.歩行訓練 6.階段昇降訓練 7.屋外歩行訓練 8.関節可動域訓練 9.筋力強化訓練 10.ホームプログラム指導 11.生活パターン指導 12.住宅改修検討 13.家具／補装具配置検討 14.車椅子管理 15.義肢／装具管理 16.日常生活用具管理 17.嚥下訓練 18.摂食訓練 19.言語訓練 20.コミュニケーション方法検討 21.介助方法指導（家族） 22.作業趣味活動指導 23.その他：		
	具体的な内容/量		
リスク管理	通常血圧	／	リハ中止血圧（目安）
	特記事項・注意事項（リハビリの中止基準など）		