診療情報提供書（訪問リハビリ指示書）

介護老人保健施設　ハートケア横浜小雀　　担当医　　宛

下記ご利用者様に対する訪問リハビリテーションを依頼致します。

利用者氏名	様	男 ・ 女		生年月日	年　月　日 （　歳　）
利用者住所				電話番号	
主たる 傷病名				既往歴	
病状・治療 状態				感染症	無・有（　　）
投薬状況					
日常生活 自立度	寝たきり度	□ J1 □ J2 □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2			
	認知の状況	□ Ⅰ □ Ⅱa □ Ⅱb □ Ⅲa □ Ⅲb □ Ⅳ □ M			
要介護 認定状況	要支援 （1 ・ 2） 経過的要介護 要介護 （ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）				
装着・使用 機器等					

留意事項及び指示事項

1. 療養生活指導上の 留意事項	
2. リハビリテーション	
3. その他の留意事項	
緊急連絡先	
不在時の対応法	

特記事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい）
特になし

他の訪問看護ステーションへの指示　　（事業所名）
□ 無し　　□ 有り　　：

上記の通り指示致します。

◇情報提供の基礎となる直近の診療日　：　　年　月　日
◇訪問リハビリテーション指示期間　　：上記診療日より3ケ月以内
医療機関名
住　所
TEL
医　師　　印