**香川医療生活協同組合　高松協同病院**紹介元医療機関の名称

**訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ　指示医**

令和　　　　年　　　　月　　　　日

住所

電話番号

医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

診　療　情　報　提　供　書

|  |
| --- |
| フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：　男　･女患者氏名：　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　明・大・昭・平　　　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)※：  | 感染症(有・無) ⇒ＨＢＶ・ＨＣＶ・ＨＩＶ・疥癬・梅毒・結核等※部位： |
| 既往歴※： |

|  |
| --- |
| 病状変化、検査結果及び治療経過： |
| 現在の処方(書ききれない場合は処方の一覧等を添付)： |

※↓以下の項目は必ず記入お願いします。↓

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問リハビリテーション方針および目標： | 訪問リハの継続（3ヶ月以上）が必要と思われる理由：[ ] 身体機能・言語・嚥下・日常生活動作の改善が見込まれるため[ ] 身体機能・言語・嚥下・日常生活動作能力低下の予防のため[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【禁忌・留意事項】[ ] 血圧(　　　mmHg以上、　　　mmHg以下は中止)　　　 [ ] 脈拍(　　　拍/分以上、　　　拍/分以下は中止)　[ ] 血糖(　　　mg/dl以上、　　　mg/dl以下は中止)　　 [ ] 禁忌肢位　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 骨粗鬆症　　　　　　　　[ ] 逆流性食道炎　　　　　　[ ] 低栄養　　　　　　　[ ] 呼吸器症状[ ] 在宅酸素療法(安静時　　　ℓ/分、運動時　　　ℓ/分) [ ]  SpO2（安静時　　　％以下、運動時　　　％以下は中止）[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 指示事項【理学療法・作業療法】[ ] 関節可動域訓練(四肢、上肢(右・左)、下肢(右・左)、体幹・頸部)[ ] 筋力訓練(四肢、上肢(右・左)、下肢(右・左)、体幹・頸部)[ ] バランス訓練(座位、立位)　　　　　 [ ] 歩行訓練 　　　[ ] 日常生活動作訓練(全て、食事、入浴、排泄、更衣、移乗、介護指導)[ ] 生活関連動作訓練(全て、家事、外出、趣味、その他)　 [ ] 呼吸訓練 | 【言語・摂食嚥下療法】[ ] 摂食嚥下訓練[ ] 構音障害[ ] 高次脳機能訓練(失語症・その他) |

|  |
| --- |
| 備考： |

備考　　　１．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録、続紙の記載等を行い添付すること。

　　　　　　２．照会元医療機関が保険医療機関以外である場合は、照会先医療機関名等の欄に照会先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所を必ず記入すること。