診療情報提供書 （通所リハビリテーション）

令和　　年　　月　　日

桜の園　通所リハビリテーション

担当医　大野 忠 殿

紹介元医療機関等の所在地及び名称

医師氏名　　印

電話番号

患者氏名	（男 ・ 女）	生年月日	明・大・昭　年　月　日（　歳）
患者住所		電話番号	
主たる傷病名 発症または初診月日・退院月日	（介護・支援を要する原因となった傷病名等）		後遺症等
現在の処方：			

リハビリテーションを実施する際の医学的管理（医師によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む）

通所リハビリの指示項目

□1、関節可動域訓練・筋力強化訓練　□2、寝返り・起き上がり・座位・立ち上がり訓練　□3、歩行・移動訓練

□4、食事・排泄・整容・更衣動作訓練　□5、体力維持・向上訓練　□6、福祉用具の選定・相談

□7、住宅改修相談　□8、家族指導・相談　□9、閉じこもり予防

□10、その他（　　）

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2

認知症高齢者の日常生活自立度

□自立　□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□Ⅴ

備考

備考　1、必要がある場合には続紙に記載して添付すること。
2、必要性がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3、紹介先が保健医療期間以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ患者住所及び電話番号を必ず記入すること