

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 鈴木 明文 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、紹介先が保健医療機関以外である場合は、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