訪問リハビリテーション指示書

指示期間（　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日）

患者氏名		生年 月日	年　　月　　日 （　　歳）
患者住所			
現在の状況（該当項目に〇印）			
主たる 傷病名			
症状・治療 現在の状態			
投与中の 薬剤の 用量・用法			
要介護認定の状況	要支援（ １ ・ ２ ）　要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）		
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜還流装置　2. 透析液供給装置　3. 酸素療法（　　/min） 4. 吸引器　5. 中心静脈栄養　6. 輸液ポンプ　7. 経管栄養（経鼻・胃ろう） 8. 留置カテーテル　9. 人工呼吸器（設定　　） 10. 気管カニューレ　11. 人工肛門　12. その他		
療養生活指導上の留意事項			
訪問リハビリテーション指示事項 1. 身体機能訓練 2. 日常生活動作訓練 3. 介護指導 4. その他			
緊急時の連絡先			

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名　　印

殿