

訪問リハビリテーション指示書

ふりがな		性別	生年月日	年齢																					
氏名	様			歳																					
住所			要介護度																						
電話番号		外部主治医連絡先																							
緊急時連絡																									
診断名																									
既往歴・合併症																									
障害名																									
経過・現状																									
リスク																									
リハビリ中止基準																									
処方箋																									
日常生活自立度	寝たきり度 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2 認知症状況 <input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M																								
リハビリプログラム	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 身体・生活機能評価</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸理学療法</td> <td><input type="checkbox"/> 自主トレ指導</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 関節可動域訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 基本動作訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 家族指導</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ストレッチ/マッサージ</td> <td><input type="checkbox"/> 応用動作/歩行訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 筋力強化訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 自宅内歩行訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 生活関連動作訓練</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 物理療法</td> <td><input type="checkbox"/> 屋外歩行訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 福祉用具の選定/調整</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 協調性訓練</td> <td><input type="checkbox"/> バランス訓練</td> <td><input type="checkbox"/> その他</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 神経筋促通訓練</td> <td><input type="checkbox"/> 階段昇降訓練</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> 身体・生活機能評価	<input type="checkbox"/> 呼吸理学療法	<input type="checkbox"/> 自主トレ指導	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> 基本動作訓練	<input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> ストレッチ/マッサージ	<input type="checkbox"/> 応用動作/歩行訓練	<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練	<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練	<input type="checkbox"/> 自宅内歩行訓練	<input type="checkbox"/> 生活関連動作訓練	<input type="checkbox"/> 物理療法	<input type="checkbox"/> 屋外歩行訓練	<input type="checkbox"/> 福祉用具の選定/調整	<input type="checkbox"/> 協調性訓練	<input type="checkbox"/> バランス訓練	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 神経筋促通訓練	<input type="checkbox"/> 階段昇降訓練	
<input type="checkbox"/> 身体・生活機能評価	<input type="checkbox"/> 呼吸理学療法	<input type="checkbox"/> 自主トレ指導																							
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練	<input type="checkbox"/> 基本動作訓練	<input type="checkbox"/> 家族指導																							
<input type="checkbox"/> ストレッチ/マッサージ	<input type="checkbox"/> 応用動作/歩行訓練	<input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練																							
<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練	<input type="checkbox"/> 自宅内歩行訓練	<input type="checkbox"/> 生活関連動作訓練																							
<input type="checkbox"/> 物理療法	<input type="checkbox"/> 屋外歩行訓練	<input type="checkbox"/> 福祉用具の選定/調整																							
<input type="checkbox"/> 協調性訓練	<input type="checkbox"/> バランス訓練	<input type="checkbox"/> その他																							
<input type="checkbox"/> 神経筋促通訓練	<input type="checkbox"/> 階段昇降訓練																								
指示医署名	上記の通り、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			印																					