# 訪問リハビリ診療情報提供書（指示書）

指定訪問リハビリテーションハーティハイム　　年　　月　　日

管理者・医師　高田　博信　殿
医師　高橋　秀幸　殿
医師　小田　順二　殿

医療機関
所在地
電話番号
医師氏名　　㊞

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和<br>年　月　日（　　才） |
| 利用者氏名 | | | | | |
| 診断名 | 1.　　発症・受傷　年月日　　年　月　日 | | | | |
| | 2.　　発症・受傷　年月日　　年　月　日 | | | | |
| | 3.　　発症・受傷　年月日　　年　月　日 | | | | |
| | 4.　　発症・受傷　年月日　　年　月　日 | | | | |
| | 5.　　発症・受傷　年月日　　年　月　日 | | | | |
| 障害名 | 1.<br>2.<br>3. | | | | |
| 症状・治療経過 | | | | | |
| 処方内容 | | | | | |
| 使用医療機器等 | ☐ 透析液供給装置　☐ 酸素療法（　　l/min）　☐ 吸引器<br>☐ 経管栄養（経鼻・胃ろう：チューブサイズ　　日に1回交換）<br>☐ 留置カテーテル（サイズ　　日1回交換）　☐ 気管カニューレ（サイズ　　）<br>☐ ドレーン（部位：　　）　☐ 人工肛門　☐ 人工膀胱<br>☐ その他（　　） | | | | |
| リハビリ指示<br>到達目標<br>または<br>リハビリ目的 | | | | | |

禁忌及注意事項、負荷時のリスク（制限、中止基準がある場合には具体的に）

☐ 血圧　☐ 嚥下　☐ 呼吸　☐ 移動　☐ その他

備考