

診療情報提供書 (リハビリ指示箋)

紹介先医療機関名： 村上記念病院 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関等名：

住 所

電 話

医師氏名

印

患者氏名	殿	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)		紹介目的		
既往歴及び家族歴				
症状の経過、検査結果及び治療経過				
現在の処方				
リハビリの指示事項				
<input type="checkbox"/> 脳血管障害プログラム <input type="checkbox"/> 運動器障害プログラム <input type="checkbox"/> 呼吸器障害プログラム				
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力強化訓練 <input type="checkbox"/> 起居動作訓練				
<input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 階段昇降訓練 <input type="checkbox"/> 更衣動作訓練				
<input type="checkbox"/> トイレ動作訓練 <input type="checkbox"/> 入浴動作訓練 <input type="checkbox"/> 精神賦活				
<input type="checkbox"/> 高次能機能障害訓練(失語症 <input type="checkbox"/> 発声・発語訓練 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練				
<input type="checkbox"/> その他				
本人及び家族の要望			目標	
禁忌・注意事項(今後予想されるリスク)				