

医療法人 おひさま会
おひさまクリニック湘南
柳田 毅 院長 宛

年 月 日
医療機関名
住所
電話
医師氏名

⑩

訪問リハビリテーション診療情報提供書（初回）

ふりがな	男	生年月日					
利用者名	女	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
主な傷病名（生活機能低下の原因となった傷病名）							
経過、検査結果等							
処方薬							
訪問リハビリテーションの目的 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法（ <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> コミュニケーション能力の維持・向上 <input type="checkbox"/> 発声発語機能の維持・向上） <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練（ <input type="checkbox"/> 評価 <input type="checkbox"/> 食物を用いない間接訓練 <input type="checkbox"/> 食物を用いる直接訓練 <input type="checkbox"/> 肺炎予防） <input type="checkbox"/> 環境調整（ <input type="checkbox"/> 患者及び家族に対する助言 <input type="checkbox"/> 拡大代替コミュニケーション機器を使用した訓練） <input type="checkbox"/> その他							
リハビリテーションの中止基準							
1. 収縮期血圧	mmHg	以上・未満	3. 動脈血酸素飽和度	%	以下		
拡張期血圧	mmHg	以上・未満	4. 体温	℃	以上		
2. 脈拍	回 / 分		5. その他				
リハビリテーションの留意事項							
感染症	肝炎	HBs 抗原（陽性・陰性・不明）	HCV 抗体（陽性・陰性・不明）				
	疥癬	（あり・なし）	肺結核の既往	（あり・なし）			
	MRSA	（あり・なし・不明）					
最終通院日（または退院日）	年	月	日				

上記の利用者の診療情報を提供するとともに、訪問リハビリテーションを依頼いたします。