

診療情報提供書（初回）
（リハビリテーション指示書）

【紹介先】

松涛会 介護老人保健施設 そよかぜ倶楽部
相澤 弘道 先生 御机下

令和 年 月 日

【紹介元】

医療機関の名称

所在地

電話番号

担当医師

印

患者氏名	殿	職業	
生年月日	M・T・S 年 月 日	歳	性別 男・女
診断名		障害名	
治療経過及び治療内容			
現在の処方			
リハビリの目的			
機能障害・ADLの程度			
リハビリ指示（必要と思われるもの）			
<input type="checkbox"/> 関節可動域練習（上肢・下肢・体幹）	<input type="checkbox"/> 筋力強化練習	<input type="checkbox"/> 巧緻・協調性運動	
<input type="checkbox"/> 歩行練習	<input type="checkbox"/> 起居動作練習	<input type="checkbox"/> 日常生活動作	
<input type="checkbox"/> 言語練習	<input type="checkbox"/> 嚥下練習	<input type="checkbox"/> 家屋環境整備等指導	<input type="checkbox"/> 精神心理的援助
<input type="checkbox"/> 呼吸練習	<input type="checkbox"/> 階段昇降練習	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
リハビリ中止基準			
血圧	/	mmHg 脈拍	回/分 体温 °C
禁忌及び注意事項、負荷時のリスク（制限がある場合には具体的に）			
その他コメント			