訪問リハビリテーション診療情報提供書（指示書）

紹介先医療機関等名　IMS（イムス）グループ　板橋中央総合病院附属　アイ・タワークリニック
訪問リハビリテーション事業所　宛

指示日　平成　年　月　日

紹介元医療機関等の所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

患者氏名　様	
生年月日　明・大・昭　年　月　日　（　歳）	
傷病名　（生活機能の低下の原因となった主たる疾患名）	紹介目的
既往歴及び家族歴	
症状経過、検査結果及び治療経過	
現在の処方	

訪問リハビリ指示内容 *必ずご記入お願いします	☐ 関節可動域訓練 ☐ 筋力強化訓練 ☐ 呼吸機能訓練 ☐ 神経筋促通訓練	☐ 歩行訓練 ☐ 日常生活動作訓練 ☐ 家事動作練習 ☐ その他

リハビリテーション上のリスク

血圧	収縮期	mmHg以下または　mmHg以上	脈拍	回/分　以下
	拡張期	mmHg以下		あるいは　回/分　以上
体温		℃以上	SpO_2	%以下

注意事項

☐ 低血糖　☐ 不整脈　☐ペースメーカー　☐心疾患　☐ 高血圧　☐めまい
☐ 感染症（　）　☐その他（

備考欄

＊太枠の中をご記入下さい。

上記の通り、リハビリテーションを指示致します。

尚、有効期間は指示日より3カ月とする。

ITABASHI MEDICAL SYSTEM