**診療情報提供書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | |  | | 殿 | 住所 |  | | |
| 生年月日 | |  | | （ 歳） |
| 介護保険区分 | |  | | | TEL |  | | |
| 主たる傷病名 | | |  | | | | | |
| 現在の状況 | 症状・治療の状態 | |  | | | | | |
| 投薬中の薬剤の  要領 | | １） |  | | | 6） |  |
| ２） |  | | | 7） |  |
| ３） |  | | | 8） |  |
| ４） |  | | | 9） |  |
| ５） |  | | | 10） |  |
| 留意事項及び指示事項 | Ⅰ.療養生活指導上の留意事項 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Ⅱ.訪問リハビリの指示事項 | | | | | | | |
| （該当項目に☑印をお願いいたします） | | | | | | | |
| □ | 身体機能訓練（関節可動域訓練・筋力強化・座位・起立・立位・バランス 他） | | | | | | |
| □ | ＡＤＬ指導・訓練（起居動作・起立動作・屋内歩行・食事動作・更衣動作・排泄動作・入浴動作 他） | | | | | | |
| □ | ＩＡＤＬ指導・訓練（調理・洗濯・掃除 他） | | | | | | |
| □ | 住環境整備（住宅改修相談・福祉用具相談 他） | | | | | | |
| □ | 生活圏の拡大（玄関昇降・階段昇降・屋外歩行・屋外活動 他） | | | | | | |
| □ | 精神・心理面の評価・支援 | | | | | | |
| □ | 認知面の評価・支援 | | | | | | |
| □ | 生活指導（転倒を防ぐ指導・自主トレーニング指導・閉じこもりを防ぐ指導・寝たきりを防ぐ指導他） | | | | | | |
| □ | ＱＯＬ拡大の為の支援 | | | | | | |
| □ | 家族支援 | | | | | | |
| □ | 高次能機能訓練（注意・記憶・遂行　他） | | | | | | |
| □ | 言語機能訓練（会話・理解・表出・書字　他） | | | | | | |
| □ | 摂食嚥下機能訓練（直接嚥下訓練・間接嚥下訓練　他） | | | | | | |
| 緊急時の連絡先及び対応方法 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 特記すべき留意事項 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

上記のとおり、診療情報を提供いたします。

　年 　月　 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名　　　　　　　　　　　　㊞