

記載例

指示期間は3カ月
でお願いします

指定居宅介護支援事業所等 診療情報提供書 兼 訪問リハビリテーション指示書

指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年 月日	年 月 日 (歳)
患者住所		
現在の状況(該当項目に○印)		
主たる 傷病名		
症状・治療 現在の状態	投与薬剤の記載をお願いします (別紙参照も可)	
投与中の 薬剤の 用量・用法	該当する介護度に○を お願いします	
要介護認定の状況	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	
装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃ろう) 8. 留置カテーテル 9. 人工呼吸器(設定) 10. 気管カニューレ 11. 人工肛門 12. その他	
療養生活指導上の留意事項	主に転倒やバイタルサインの変動に注意する等 の留意事項の記載をお願いします	
訪問リハビリテーション指示事項	1. 身体機能訓練 2. 日常生活動作訓練 3. 言語訓練 4. 口腔機能訓練 5. 認知機能訓練 6. 摂食嚥下訓練 7. 介護指導 8. その他	
喀痰吸引:必要に応じて適宜吸引・排痰を行う事を ※指示時の留意事項()	1.指示する 2.指示しない	
緊急時の連絡先	該当する指示事項に○をお願いします	

上記のとおり、訪問リハビリテーションの実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印

訪問リハビリテーションあすみ 殿

この文書は、診療情報提供料（I）で算定できます。