

診療情報提供書

(訪問リハビリテーション依頼書)

ハートケア湘南・芦名 宛

指示期間：平成 年 月 日～ 年 月 日

[紹介元]

医療機関・施設の名称

所在地

電話番号

医師氏名

印

患者氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所		電話番号			
診断名	1. 発症年月日 年 月 日 2. 発症年月日 年 月 日 3. 発症年月日 年 月 日	障害名	1. 2. 3.		
要介護認定の状況	要支援 (1 2)	経過的要介護	要介護 (1 2 3 4 5)		
症状・治療経過					
投薬中の薬剤の用法・用量					
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/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・胃瘻：チューブサイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ、日1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式：設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. ドレーン (部位：) 12. 人口肛門 13. 人口膀胱 14. その他 ()				
日常生活	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
自立度	認知の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
リハビリへの指示内容	<input type="checkbox"/> 関節可動域 (部位) <input type="checkbox"/> 筋力強化 (部位) <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> 装具・自助具 () <input type="checkbox"/> 高次脳機能 <input type="checkbox"/> 言語機能 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下 <input type="checkbox"/> 家屋調整 <input type="checkbox"/> 介助指導 <input type="checkbox"/> 自主トレ指導 <input type="checkbox"/> その他 ()				
禁忌及び注意事項、負荷時のリスク (制限、中止基準がある場合は具体的に) 訓練中止基準：血圧 / 以上・以下 SPO2 %以下					
緊急時の連絡先、不在時の対応方法					
その他コメント					

ケアマネジメント連絡用紙（訪問リハビリテーション開始についての相談）

相談日 平成 年 月 日

相談元機関	居宅介護支援事業所（事業所名をご記入ください）
	担当ケアマネージャー様氏名
	電話番号
	FAX 番号



相談先機関	ハートケア湘南・芦名 訪問リハビリテーション
-------	------------------------

利用者様情報

氏名	殿 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
性別 男・女	家族構成
住所	電話番号
認定情報	介護度：要支援（1・2） 経過的要介護 要介護（1・2・3・4・5） （有効期間： 年 月 日～ 年 月 日）

傷病名・疾患名 （生活機能の低下の原因となった傷病名等）	かかりつけの医療機関・担当医
---------------------------------	----------------

生活情報（生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項）

援助の経過（これまでの援助方針・援助の成果等）及び生活機能の変化・他サービス利用状況
--

目標とする生活（本人及び家族及びケアマネージャー）と、それに伴う現状の問題点・課題

備考

ハートケア湘南・芦名 訪問リハビリテーション

電話 046（855）5211

FAX 046（857）1805

（以下の記入は必要ありません）

相談受付日 年 月 日

面談日 年 月 日（CM 同行 有・無） 担当