

医療系サービスについての情報提供書

医療機関名

先生 御机下

居宅介護支援事業所

TEL

FAX

介護支援専門員

平素はお世話になり、ありがとうございます。

先生が診療されている

様 年 月 日生まれ 歳 要介護

よりご依頼を受け、居宅介護支援計画（ケアプラン）を作成しております。

関節可動域の拡大や歩行状態の維持等を目標に週（ ）回の通所リハビリを希望されております。

（ ）頃より開始予定です

医療系サービスの利用については、ご存じの通り主治医の先生の指示が必要とされております。

ご多忙の所恐縮ですが、下記にご記入下さい。どうぞよろしくお願い申し上げます。

《主治医の先生より》

通所リハビリテーション利用の指示（必要性あり許可する・必要性なし）

短期集中個別リハビリ加算について（必要性あり・必要性なし）

指示期間について 継続して必要

その他（平成 年 月～平成 年 月迄）

リハビリ指示内容

関節可動域（部位 ） 筋力強化（部位 ） 歩行練習 ADL練習

呼吸機能 装具・自助具（ ） 高次脳機能 言語機能

摂食・嚥下 家屋調整 介助指導 自主トレ指導 その他（ ）

※サービス利用時の留意点等

（ ）

リハビリや入浴中止の目安がございましたらご記入下さい。

最高血圧 _____ mm hg 以上、最低血圧 _____ mm hg 以上は中止

平成 年 月 日

医療機関名

主治医

印

御多忙のところ、ご協力下頂きまして、誠にありがとうございました。