

訪問リハビリテーション指示書

リハビリテーション開始日 年 月 日

氏名:		生年月日:	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢	歳
住所:			電話番号:		
初診日:	年 月 日				
入院日:	年 月 日	退院日:	年 月 日		
診断名:			発症日:	年 月 日	
障害名:			発症日:	年 月 日	
手術様式:			手術日:	年 月 日	
機能障害	<input type="checkbox"/> 筋力低下	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 変形・拘縮	<input type="checkbox"/> 疼痛	
	<input type="checkbox"/> 末梢神経損傷	<input type="checkbox"/> 片麻痺(右・左)	<input type="checkbox"/> 四肢麻痺	<input type="checkbox"/> 対麻痺	
	<input type="checkbox"/> 失調症	<input type="checkbox"/> パーキンソン症状	<input type="checkbox"/> 高次機能障害	<input type="checkbox"/> 構音障害	
	<input type="checkbox"/> 視力・聴力障害	<input type="checkbox"/> 呼吸循環障害	<input type="checkbox"/> その他()	
基本動作能力		上肢・手・高次脳機能		口腔・言語機能	
姿勢変換	不可・介助・監視・自立	右上肢・手	粗大握り離し 不可・可	コミュニケーション	
座位保持	不可・介助・監視・自立	左上肢・手	粗大握り離し 不可・可	<input type="checkbox"/> 意思・疎通(一)	
移乗動作	不可・介助・監視・自立	知能障害	重度障害・中等度・ 軽度・正常	<input type="checkbox"/> 補助・援助により一部可	
移動	不可・介助・監視・自立 車椅子・歩行器・杖・装具			<input type="checkbox"/> 補助・援助により意思疎通可	
食事	不可・介助・監視・自立	失行・失認	重度障害・中等度・ 軽度・正常	<input type="checkbox"/> 発語でほぼ自立	
更衣	不可・介助・監視・自立			<input type="checkbox"/> 発語のみで自立	
排泄	不可・介助・監視・自立	記憶	重度障害・中等度・ 軽度・正常	嚥下障害(+・一)	
				経口不可・介助大・介助小・一部可	
医師治療計画・治療上の禁忌・注意事項・指示コメント					
<input type="checkbox"/> 機能障害の改善 <input type="checkbox"/> ADL能力の向上 <input type="checkbox"/> 機能維持の持続 <input type="checkbox"/> 介護量の軽減及び増大の防止					
リハビリテーションプログラム					
<input type="checkbox"/> ROM訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 介護・介助指導 <input type="checkbox"/> 構音訓練 <input type="checkbox"/> 神経・筋再教育 <input type="checkbox"/> 上肢・手指機能訓練 <input type="checkbox"/> 心理/社会的アプローチ <input type="checkbox"/> 認知訓練 <input type="checkbox"/> 筋力強化 <input type="checkbox"/> ADL/IADL訓練 <input type="checkbox"/> 表出訓練 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 座位訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 発声・発語訓練 <input type="checkbox"/> 立位訓練 <input type="checkbox"/> 環境整備 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練					

医療機関名:

医師氏名:

印