

診療情報提供書

医療法人東湖会介護老人保健施設フロンティア銚田春の場所
訪問リハビリテーション事業所
医師 本山博信

令和 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名

印

患者氏名		性別 男 ・ 女					
患者住所							
電話番号							
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (歳) 職業				
傷病名							
紹介目的							
既往歴及び家族歴							
症状経過及び検査結果							
現在の処方							
利用者の希望 (したい又はできるようになりたい生活の希望等)							
ご家族の希望 (本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)							
心身機能・身体構造		活動 (基本動作、移動能力、認知機能等)		活動ADL			
項目	現在の状況	項目	現在の状況	項目	自立	一部介助	全介助
筋力低下	☐ あり ☐ なし	寝返り	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	食事	10	5	0
麻痺	☐ あり ☐ なし	起き上がり	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	整容	5	0	0
感覚機能障害	☐ あり ☐ なし	座位	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	入浴	5	0	0
関節可動域制限	☐ あり ☐ なし	立ち上がり	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	平地歩行	15	10 ←歩行器等 車椅子操作が可能→6	0
摂食嚥下障害	☐ あり ☐ なし	椅子から 床から	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	更衣	10	5	0
失語症・構音障害	☐ あり ☐ なし	立位保持	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	排泄コントロール	10	5	0
その他の高次脳機能障害	☐ あり ☐ なし						
リハビリテーションの目標 (長期)				(短期 (今後3ヶ月間))			
リハビリテーション開始前、または実施中の留意事項							
リハビリテーションを中止する際の基準 ・ リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等							
日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修 (令和6年度介護報酬改定における主治医への確認事項 訪問診療未実施のため) ☐ 修了済み (有効期限 令和 年 月 日まで) ☐ 未修了 (今後の研修予定 ☐ 有り ☐ なし ☐ 未定)							