

通所リハビリテーション利用における主治医指示書

介護老人保健施設まんさくの里

利用者氏名	様	年齢	才
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
利用者住所	市 電話番号() -		
主疾患名			
現在の状況	病状・治療状況		
	既往歴		
	投薬中の薬剤	(薬剤情報コピー可)	
通所リハ指示	リハビリ内容	(該当する項目に✓点でチェック、必要な個所に○をつけて下さい) <input type="checkbox"/> 機能訓練 ROMex (上肢・下肢) MSE (上肢・下肢・体幹) <input type="checkbox"/> 歩行訓練 (独歩・杖・平行棒・シルバーカー・歩行器) <input type="checkbox"/> ADL訓練 (起居・移乗・車椅子駆動・階段・食事・更衣) <input type="checkbox"/> 作業療法 (制作活動・巧緻動作訓練・書字訓練・言語訓練) <input type="checkbox"/> ポジショニング・シーティング <input type="checkbox"/> 物理療法 (ホットパック・マイクロ・SSP) <input type="checkbox"/> 認知症リハ (回想法、音楽療法、学習活動、脳トレーニング)	
その他指示		<input type="checkbox"/> 状態変化に応じて、自宅への訪問実施	
リスク管理	特記・注意事項		

上記のとおり、通所リハビリテーションの実施を指示します

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話 番 号
医 師 名
担 当 科

科 ⑩

H22. 3. 1

H22. 4. 1 改訂

H26. 10. 1 改訂