

紹介先医療機関等名： 医療法人良善会 ひかり病院

令和 年 月 日

訪問リハビリテーション部門 担当医 柳橋 健 殿

紹介元医療機関名：

住所：

電話番号：

医師氏名

印

患者氏名：	性別： 男性 ・ 女性
患者住所：	
生年月日： 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 ( 歳 )	

主たる傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)及び既往歴

症状経過、検査結果及び治療経過

紹介目的(訪問リハビリテーションの目標)

<input type="checkbox"/> 身体機能の維持・改善	<input type="checkbox"/> 日常生活動作の維持・改善
<input type="checkbox"/> 言語・嚥下機能の維持・改善	<input type="checkbox"/> その他( )

本人・家族の希望

本人： 家族：

訪問リハビリテーション実施上の留意事項、中止の目安等 ※いずれか1つ以上のご助言をお願いします。

<input type="checkbox"/> 心肺機能の注意点( )	
<input type="checkbox"/> 運動負荷の制限( )	
<input type="checkbox"/> 感染症( )	<input type="checkbox"/> 装着・使用医療器具( )
<input type="checkbox"/> その他( )	

現在の処方

緊急時・不在時の連絡先

緊急時	不在時
-----	-----

心身機能・構造・活動状況(該当するものに☑をお願いします)

筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	基本動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
感覚障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
失語・嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

備考 適切な研修(日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修の1部単位の取得)を

【 終了済みである ・ 令和9年3月31日までに終了する予定である ・ 終了する予定はなし 】

※該当項目に○をお願いします。

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。  
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。