

訪問・通所リハビリテーション指示書

指示日：平成 年 月 日

下記の通り、通所リハビリテーションを指示する

リハビリテーション アプローチ内容

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 運動機能 | <input type="checkbox"/> 精神機能 |
| <input type="checkbox"/> 移動能力 | <input type="checkbox"/> 疼痛緩和 |
| <input type="checkbox"/> 心肺機能 | <input type="checkbox"/> 日常動作練習・指導 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸機能 | <input type="checkbox"/> 生活環境整備 |
| <input type="checkbox"/> 認知機能 | <input type="checkbox"/> その他： |

リハビリテーションリスク

循環器系	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> その他（ ）
骨関節系	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	<input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 肩痛 <input type="checkbox"/> その他関節痛（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
全身状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：	<input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 持久性低下 <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> その他（ ）

禁忌・運動制限 なし あり

リハビリテーション留意事項

医師名

訪問指導指示

- 療法士が利用者の居宅を訪問し、運動機能検査、日常生活動作検査等を行うことを指示する

前田整形外科・内科クリニック 通所リハビリ