

【参考様式2（訪問リハビリテーション指示書）】

（宛先）市立旭川病院

診療科・主治医名 行

訪問リハビリテーション指示書 依頼書

事業所名 _____

記

患者氏名 _____ (ふりがな： _____)

(生年月日) T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日生まれ

指示期間 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで

指示内容 (該当するものに)

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> A.運動療法 | <input type="checkbox"/> E.上肢・手指機能回復練習 | <input type="checkbox"/> H.言語療法 (失語・構音・嚥下) |
| <input type="checkbox"/> B.起居・基本動作練習 | <input type="checkbox"/> F.日常生活動作練習 | <input type="checkbox"/> I.呼吸リハビリテーション |
| <input type="checkbox"/> C.起立・歩行練習 | <input type="checkbox"/> G.福祉用具・住環境指導 | <input type="checkbox"/> J.その他 |
| <input type="checkbox"/> D.応用動作練習 | | |

特記事項

連絡先・担当者

- ・郵便番号： _____
- ・住所： _____
- ・電話： _____ FAX： _____
- ・担当者名： _____

以上