

【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

循環器内科・〇〇 先生 行

訪問リハビリテーション指示書 依頼書（記載例）

事業所名 訪問リハビリテーション事業所 ☆☆☆

記

患者氏名 旭川 花子（ふりがな： あさひかわ はなこ）

（生年月日） T・⑤・H・R 21年 4月 1日生まれ

指示期間 令和 5年 7月 1日 から 令和 5年 9月 30日 まで

指示内容（該当するものに) ※複数選択可

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B.起居・基本動作練習 | <input checked="" 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 checked="" 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

リハビリ目的（例：歩行能力向上，転倒防止 等）

連絡先・担当者

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

以上