

リハビリテーション指示書

平成 年 月 日
医療機関名
所在地
電話番号
御担当医

氏名	様
生年月日	年 月 日 歳
疾患名	
医学的情報	
<input type="checkbox"/> 意識障害	<input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 (HDS-R /30点)
<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 高次脳障害(失行・失認・失語・注意力・記憶力)
<input type="checkbox"/> 拘縮(部位:)	<input type="checkbox"/> 疼痛(部位:) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:)
<input type="checkbox"/> 筋力低下	<input type="checkbox"/> 運動失調
<input type="checkbox"/> [右上肢・右下肢・体幹] [左上肢・左下肢]	<input type="checkbox"/> [右上肢・右下肢・体幹] [左上肢・左下肢]
<input type="checkbox"/> 運動麻痺	<input type="checkbox"/> [右上肢・右下肢・右手指・体幹] / 程度:軽度・中等度・重度 [左上肢・左下肢・左手指]
<input type="checkbox"/> 感覚障害	<input type="checkbox"/> [右上肢・右下肢・右手指・体幹] / 程度:軽度・中等度・重度 [左上肢・左下肢・左手指]
リハビリテーションに対する御指示・御要望	
【物理療法】	<input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> 低周波
【運動療法】	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチング <input type="checkbox"/> 全身持久力強化訓練 <input type="checkbox"/> 筋力強化訓練 <input type="checkbox"/> 協調性訓練 <input type="checkbox"/> バランス訓練
【動作訓練】	<input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練(<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 伝い歩き)
【その他】	
リハビリテーション実施に関する注意点	
<input type="checkbox"/> リスク管理(内容:)	
<input type="checkbox"/> 運動中止基準(内容:)	
リハビリテーション終了及び再検討の時期	
6ヶ月 ・ 12ヶ月	