

【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☒)

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