（宛先）旭川医療センター

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

〇患者氏名〇　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな：　　　　　　　　　　　　）

　（生年月日）　T・S・H・R　　　年　　 月　　 日生まれ

〇指示期間〇　　　令和　　 年　 　月 　　日 から 令和　 　年　　 月　 　日 まで

〇指示内容〇（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

〇特記事項〇

〇連絡先・担当者〇

　　　・郵便番号：

　　　・住　　所：

　　　・電　　話：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

　　　・担当者名：

以上