

(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

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