

# 訪問リハビリテーション情報提供書

年 月 日

指示医療機関等の  
住所地及び名称

電話番号

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名	様 (男・女)	家族構成
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
住所		
電話番号		

傷病名	
既往歴	
内服薬	
紹介目的	訪問リハビリの為
介護区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
3ヵ月後の目標	

## 指示内容

【指示内容, リスク, 注意事項】

- 関節可動域訓練
- 筋力増強訓練
- バランス練習
- 動作練習

- 歩行練習
- 段差練習
- その他