診療情報提供書・意見書

医療法人歓喜会　辻外科リハビリテーション病院　短時間デイケア　担当医宛

フリガナ		生年月日 年齢・性別	M・T・S・H　　年　　月　　日 （　　歳）（ 男 ・女 ）
氏名			
診断名	発症・受傷　　年　　月　　日		
既往歴 治療内容			

現在の状況

病状経過・治癒状態など

日常生活自立度	寝たきり度　:□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 認知症の状態　:□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M

投与中の薬剤	合併症など　□高血圧 □心疾患 □糖尿病 □MRSA □アレルギー □その他 （ ）

リハビリを行う上での留意事項

・血圧の値　収縮期（　　mmHg）以上 中止　収縮期(　　mmHg）以下 中止

拡張期（　　mmHg）以上 中止　拡張期(　　mmHg）以下 中止

・脈拍の値　　回/分　以上 ・ 以下 中止　　・体温　　℃　以上 中止

必要性があると考えられるリハビリ内容

□関節可動域訓練（部位:　　）　□筋力増強訓練（部位:　　）
□協調性訓練　□歩行練習
□基本動作練習　□巧緻動作練習
□ADL訓練（食事・更衣・排泄・入浴・整容）　□IADL訓練（家事・掃除・洗濯・買物）
□その他（　　）

緊急連絡先:　□主治医　□その他

特記事項:□留置カテーテル □ストーマ □在宅酸素 □ペースメーカー

上記の通り証明します。　令和　　年　　月　　日

医療機関名
所在地　〒
電話番号　医師氏名　印