

# 診療情報提供書・意見書

辻外科リハビリテーション病院

通所リハビリテーション

担当医宛

フリガナ			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
氏名			年齢・性別	( ) 歳	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
診断名	発症・受傷 年 月 日						
合併症 既往歴等	アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )						
現在の 状況	病状経過・治癒状態など						
	介護度	要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/> 申請中
	日常生活 自立度	寝たきり度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
		認知症状態: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
	投与中の薬剤	<input type="checkbox"/> 別紙参照					
	薬剤の禁忌 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )						
リハビリを行う上での留意事項							
リハビリ 入浴 中止	血圧	収縮期(最大血圧)	mmHg以上	mmHg以下	脈拍	回/分以上	
		拡張期(最小血圧)	mmHg以上	mmHg以下		回/分以下	
	体温	℃以上	SPO2	%以下	その他: ( )		
依頼事項 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練(部位: ) <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練(部位: ) <input type="checkbox"/> 協調性訓練 <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 基本動作練習 <input type="checkbox"/> 巧緻動作練習 <input type="checkbox"/> ADL訓練( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 整容 ) <input type="checkbox"/> IADL訓練( <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 買物 ) <input type="checkbox"/> その他( )							
緊急連絡先: <input type="checkbox"/> 主治医: <input type="checkbox"/> その他:							
特記事項: <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他							
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							