

診療情報提供書・意見書

介護老人保健施設 れいんぼう夕陽丘

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