

# 診療情報提供書(通所リハビリテーション)

※可能な範囲でご記入頂きますようお願い致します。

(ふりがな) 利用者氏名	性別 様 男・女	生年月日 大・昭 年 月 日生( 歳 )
【傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)】	【既往歴】	
【症状経過、検査結果及び治療経過】	【現時点での感染症】(わかる範囲でご記入願います) HBV 抗原 ( + ・ - ・ 不明 ) HBV 抗体 ( + ・ - ・ 不明 ) HCV 抗体 ( + ・ - ・ 不明 ) 梅毒 ( + ・ - ・ 不明 )	
	【処方薬(処方箋コピーで可)】	
【運動中止基準】 <input type="checkbox"/> 一般的な基準(リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン)に準ずる ※別紙ガイドラインをご参照下さい。 <input type="checkbox"/> その他の基準 収縮期血圧 ( mmHg) 以上 ( mmHg) 以下 拡張期血圧 ( mmHg) 以上 ( mmHg) 以下 脈拍 ( ) /分以上 ( ) /分以下 上記以外の基準 ( )	【入浴中止基準】 <input type="checkbox"/> 運動中止基準と同様 <input type="checkbox"/> その他の基準 収縮期血圧 ( mmHg) 以上 ( mmHg) 以下 拡張期血圧 ( mmHg) 以上 ( mmHg) 以下 脈拍 ( ) /分以上 ( ) /分以下 上記以外の基準 ( )	

※ここから下は先生からの指示内容をご記入願います。

【呼吸・心疾患での運動負荷量(Metsなど)】
【リハビリテーション指示内容】 ・運動療法 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> バランス訓練(転倒予防) <input type="checkbox"/> 協調性訓練 <input type="checkbox"/> 呼吸リハビリ <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 装具調整 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> ADL訓練(床上動作、トランスファー、更衣、食事動作、書字、入浴動作)
・物理療法 <input type="checkbox"/> 温熱療法(ホットパック) <input type="checkbox"/> メドマー <input type="checkbox"/> 低周波
【施設利用に関する意見(運動リスク・入浴・食事などについての注意、希望など)】

平成 年 月 日

医療機関

住所

電話番号

医師氏名

印