

診療情報提供書

我孫子つくし野病院
平成

通所リハビリテーション
年 月 日

氏名	様	生年月日	M・T・S	年	月	日
診断名				合併症	DM ・ HT	
病歴				禁忌 及び 注意点		
感染症	胸部X-P : 所見なし : 所見あり コメント: ※X線撮影が困難な場合には、聴診による所見をご記載ください			MRSA : 陰性 : 陽性	その他特記事項:	
処方薬	お薬手帳 (あれば詳細記入必要ありません) 有 ・ 無					
目的 目標						
リハ プ ロ グ ラ ム	個別訓練及び初回訪問指導 (必要 ・ 不必要) ※不必要の場合の理由()					
	<p>* 以下は必要のないものにチェックお願い致します</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハプログラム 歩行訓練(平地・坂道・階段・屋外) ・ 筋力増強訓練 ・ 関節可動域訓練 ・ バランス訓練(転倒予防) 協調性訓練 ・ 言語訓練 ・ 摂食嚥下訓練 ・ 高次脳機能訓練 ・ 装具及び自助具修正及び指導選択 ADL訓練(床上動作・トランスファー・更衣動作・食事動作・書字動作・入浴動作) ・ 体力増強訓練 ・その他: ・物理療法 (有 ・ 無) 牽引(頸 ・ 腰 : kg) 温熱 ・ マイクロ ・ 低周波 ・ メドマー ・パラフィン ・要支援の方のみ : 運動機能向上 ・ 口腔機能向上 ・ 栄養改善 					
通所に関する可否		通所可能		通所不可		
入浴可否 (注意点及びエンドポイント)		可能		不可		
		血圧		以上で入浴不可:		

※各医療機関書式でも上記内容であれば使用可能です。

医療機関名

医師氏名

印