

診療情報提供書

我孫子つくし野病院

平成 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							
目的 目標							
注意点 ① リハ開始・実施中の留意事項 ② リハビリテーション中止基準 ③ 利用者様への負荷の制限 (必須事項) いずれか一つ以上の指示を記載							
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						
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 () *必要なものにチェックお願い致します ・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