

### 通所リハビリテーション情報提供書

氏名	(男・女)		生年月日	M・T・S	年	月	日
診断名	発病 S.H 年 月 日		処方内容				
	発病 S.H 年 月 日						
	発病 S.H 年 月 日						
	発病 S.H 年 月 日						
	発病 S.H 年 月 日						
既往歴							
経過及び 現症状							
体重	k g		身長	c m			
感染症	HBs 抗原 (+・-) HCV 抗体 (+・-) TPHA (+・-) MRSA 結果がある場合のみ (+・-) (検出部位 ) < 月 日 >						
精神疾患	認知症 (なし・軽・中・重) 問題行動 なし・あり ( )						
リハビリ の目標							

#### <個別リハビリ・入浴の実施基準>

体温	℃以上の場合実施不可	脈拍	回/分以上の場合 実施不可
血圧	最高 ( /mmHg) 以上 実施不可	最低 ( /mmHg) 以上 実施不可	
内容	<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"/> 全身調整訓練 <input type="checkbox"/> 言語聴覚訓練・摂食嚥下訓練	<input type="checkbox"/> ADL 訓練 (起き上がり・座位訓練・立ち上がり訓練・歩行訓練・階段訓練) <input type="checkbox"/> その他治療上の注意・禁忌事項など ( )	

#### <日常生活介護について>

特別食	なし・あり 糖尿病食・心臓病食・肝臓病食・その他 ( )
アレルギー	なし・あり ( )
その他療養上の 注意点	

(2014.01.23)

平成 年 月 日

医療機関所在地 :

医療機関名 :

電話番号 :

医師名 :

印