社会医療法人　盛和会　本田病院　通所リハビリテーション　管理者殿

通所リハビリテーション指示書

氏名	（　男　・　女　）	生年月日	M・T・S　　年　　月　　日
診断名	発病 S.H.R　　年　　月　　日 発病 S.H.R　　年　　月　　日 発病 S.H.R　　年　　月　　日 発病 S.H.R　　年　　月　　日 発病 S.H.R　　年　　月　　日	処方内容	
既往歴			
経過及び現症状			
体重	ｋｇ	身長	ｃｍ
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	
指示内容	□関節可動域訓練（部位：　　） □筋力増強訓練（部位：　　） □全身調整訓練 □言語聴覚訓練・摂食嚥下訓練	□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） □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	

令和　　年　　月　　日

医療機関所在地　　：

医療機関名　　：

電話番号　　：

医師名　　：　　印

（2020.2.1）