

【診療情報提供書】通所リハビリ

大井協同リハビリ FAX 049-267-1108

(ふりがな) 利用者名 様 (男・女)	大・昭・平 年 月 日 (生)
【 診断名 】 *発症日・受傷日など 【 現病歴 】 【 既往歴 】	
【 服薬内容 】 (※患者様用の薬の説明書のコピーでも可) インスリン： 無 ・ 有 (朝 昼 タ 寝る前) 服薬弊害食品： 無 ・ 有 ()	
【 高次脳機能障害 】 無・有 (認知症 失語 注意障害 病識欠落 その他) 【 障害高齢者日常生活自立度 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 】 【 認知症高齢者日常生活自立度 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 】	
【 感染症 】 (年 月 採血) ※検査等実施していない場合は空欄可 ※健診データ有の場合はお控えでも代替可能です HCV : 無 ・ 有 HBV : 無 ・ 有 結核既往： 無 ・ 有 (最終レントゲン撮影： 年 月) 白 癬： 無 ・ 有 (治療中 ・ 治療未) その他皮膚疾患： 無 ・ 有 () その他： ()	
【 栄養状況 】 良好 ・ 不良 (体重減少あり： kg 血清アルブミン値： g/dl 測定日) 身長： cm 体重： kg	
【 注意事項 】 <食事制限> カロリー： 無 ・ 有 (kcal) 塩分： 無 ・ 有 (g)以下 水分： 無 ・ 有 (1日で可能な摂取量 日/mL) アレルギー： 無 ・ 有 () その他： () 嚥下障害： 無 ・ 有 *水分トロミ使用： 無 ・ 有 胃ろう： 無 ・ 有	
【リハビリ実施基準】 ※「レ」の記載をお願いします。 <input type="checkbox"/> 大井協同リハビリの基準 リハビリの実施(血圧159~90/99~50mmHg 脈拍 99~50拍/分) 中止血圧： (収縮期 160mmHg/拡張期 100mmHg) 以上 (収縮期 89mmHg/拡張期 49mmHg) 以下 中止脈拍： (100回/分) 以上 ・ (49回/分) 以下 <input type="checkbox"/> 個別設定基準 (必要がある場合のみ記載) リハビリ実施(血圧 ~ / ~ mmHg、脈拍 ~ 拍/分) 中止血圧： (収縮期 /拡張期 mmHg) 以上 (収縮期 /拡張期 mmHg) 以下 中止脈拍： (回/分) 以上 ・ (回/分) 以下 禁忌姿勢： 無 ・ 有 ()	
【 その他 通所リハビリ利用にあたっての注意事項 】	
上記の注意事項の上、通所リハビリの利用を可能と判断致します 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師名	