

診療情報提供書(通所リハビリテーション指示書)

以下の通り、リハビリテーションの実施を指示します

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生	(才)
傷病名							
既往歴							
現病歴および 気になる所見							
処方薬							
リハ目的 指示目的・内容	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練				<input type="checkbox"/> ADL訓練		
	<input type="checkbox"/> 筋力増強訓練				<input type="checkbox"/> 歩行訓練		
	<input type="checkbox"/> コミュニケーション訓練				<input type="checkbox"/> 認知訓練		
	<input type="checkbox"/> 嚥下訓練				<input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練		
	<input type="checkbox"/> 口腔機能訓練				<input type="checkbox"/> その他		
治療食・食事制限等							
認知症	<input type="checkbox"/> 有・HDS-R 点 (減点項目)・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 未実施						
身長	.	cm	体重	.	kg	血圧	/ mmHg
特記事項	リハビリ実施上の中止基準・留意事項・禁忌等(※1項目以上ご記入ください)						
	①中止基準 <input type="checkbox"/> アンダーソンの基準に則る <input type="checkbox"/> 個別で設定する(以下にご記入ください)						
	②禁忌事項 ③その他(留意事項等)						

年 月 日

介護老人保健施設 ろうけんくがやま

医療機関

所在地

電話番号

医師名

印