

# 診療情報提供書（通所）

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

〒399-8501

医療機関の所在地

長野県北安曇郡松川村字南神戸 4360-19

および名称

介護老人保健施設 **ライフ2**

TEL( ) - FAX( ) -

通所リハビリテーション担当者 殿

医師氏名

印

TEL 0261(61)1839 FAX 0261(61)1838

フリカナ			男 ・ 女	明治・大正・昭和 (19 年)				
氏名				年	月	日生 ( 歳)		
傷病名	1.	年 月 日 (頃) 発症						
	2.	年 月 日 (頃) 発症						
	3.	年 月 日 (頃) 発症						
障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2								
認知症老人の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								
要介護度 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5								
麻痺	無	有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)			軽度	中度	重度	
拘縮	無	有 (右上肢 右下肢 左上肢 左下肢)			軽度	中度	重度	
尿失禁	無	時々	常時	便失禁	無	時々	常時	
嚥下障害	無	軽度	高度	聴覚障害	無	軽度	高度	
視力障害	無	軽度	高度	処置	気管切開	胃瘻	経鼻カテーテル	
徘徊	無	軽	重	不穏興奮	無	軽	重	
HBs抗原	+	-	HCV抗体	+	-	梅毒反応	+	
病歴補足、検査所見の特記事項、通所リハの問題点								
リハビリテーションを行うに当たっての禁忌、中止基準								
処方内容 (特に通所中に必要・問題となる薬剤をお書きください)				リハビリテーション指示				
				内 容	必要(チェック)	必要なし		
				運動療法 (筋力、関節)				
				歩行・移動訓練				
				ADL訓練	起居・移乗			
					食事・嚥下			
					排泄			
					入浴			
					更衣			
					整容			
心理支持的アプローチ								
その他								

2016/04

施設医師 確認印	
-------------	--