

# 診療情報提供書（通所リハビリ）

20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

〒399-8501

医療機関の所在地

長野県北安曇郡小川村字南神戸 4360-17

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	大正・昭和 (19 年)								
氏名			女	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									
要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 申請中 (旧 )			
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												
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							
処置・装具	胃瘻 経鼻カテーテル 尿道カテーテル ペースメーカー ストマ 補聴器 コルセット 義歯 その他 ( )				褥瘡	無	治癒	有	部位 ( )			
嚥下障害	無	軽度	高度	聴覚障害	無	軽度	高度	意思疎通障害	無	軽度	高度 (失語症・構音障害)	
視力障害	無	軽度	高度	アレルギー	無	有 (薬物名	食物 )					
徘徊	無	軽	重	不穏興奮	無	軽	重	攻撃的行為	無	軽	重	その他 (抑鬱・幻覚幻聴・せん妄、不潔行為、不眠)
HBs 抗原	+	-	HCV 抗体	+	-	TPHA 定性	+	-	結核	無	有 (年月 )	
病歴補足、検査所見の特記事項、通所リハでの問題点												
リハビリテーションを行うにあたっての禁忌、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							
					心理学的アプローチ							
					ADL 訓練	起居・移乗						
						食事・嚥下						
						排泄						
						入浴						
更衣												
整容												
その他												

施設医師確認印
---------