

診 療 情 報 提 供 書

医療法人財団 健貢会 総合東京病院通所リハビリテーションセンター 殿

ふりがな		生年	明・大・昭		
氏名		月日	年 月 日	歳	男・女
住所				TEL	
傷病名 経過	(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	既往歴			時期

現在の状態

精神状態	認知症 (ランク)・せん妄・徘徊・昼夜逆転・暴行・暴言・その他 ()
身体状況	麻痺 (右・左) 失語 (有・無) 失調 (有・無) 寝たきり度 () その他 ()
移動	歩行 (自立・一部介助・全介助) 車椅子 (自立・一部介助・全介助) ベッド上
食事	自立・一部介助・全介助 / 経管栄養・胃瘻栄養・IVH / 嚥下障害 (有・無) 食事形態 (常食・粥食・刻み・ミキサー)
排泄	カテーテル・ストマ・オムツ使用 / 一部介助・全介助・自立 / 尿意 (有・無)・便意 (有・無)
栄養状態	良 ・ 普通 ・ 不良 / 身長 cm 体重 kg
看護上・その他療養上の問題点	<処置>褥瘡 (有・無) 気管切開 (有・無) ペースメーカー (有・無) インシュリン注射 (有*・無) *自己注射 (可・不可) その他 ()

通所リハビリテーションにおけるリスク・指示等

リスク 運動制限	運動制限 : 有 ・ 無 (有の場合は下記に記入) 高血圧 (mmHg まで)・脈拍 (回/分まで)・転倒・骨折・禁忌肢位 () その他 ()
リハビリテーション 指示内容	(項目に <input checked="" type="checkbox"/>) ※不要な項目は削除 <input checked="" type="checkbox"/> してください <input checked="" type="checkbox"/> 身体機能訓練 (関節可動域訓練, 筋力強化訓練, バランス訓練, 起居動作訓練 など) <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 (屋内外歩行訓練, 階段昇降訓練, 更衣・トイレ・入浴動作訓練 など) <input checked="" type="checkbox"/> 各種相談・指導 (自主トレーニング指導, 介助方法指導, 生活環境整備 など) <input type="checkbox"/> その他 ()

服薬処方		その他留意事項	
------	--	---------	--

平成	年	月	日	
住 所				TEL
医 療 機 関 名				(印)
医 師 名				