

診療情報提供書（指示書）

尾中病院 通所リハビリテーション

氏名 <p style="text-align: center;">様 男・女</p>	生年月日 明・大・昭 年 月 日生(歳)			
主傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)、既往歴など				
症状経過、検査結果及び治療経過				
要介護認定の状況	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)			
障害高齢者日常生活自立度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知症高齢者日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
現在の処方	お薬手帳の有無 なし・あり			
通所リハビリの目的				
指示事項 (複数選択可能)	1.心身機能向上 ①関節可動域拡大 ②筋力向上 ③バランス向上 ④	2.基本動作能力向上 ①寝返り ②起き上がり ③端坐位 ④車椅子坐位 ⑤立ち上がり ⑥移乗 ⑦床上動作 ⑧	3.セルフケア能力向上 ①食事 ②排泄 ③入浴 ④更衣 ⑤整容 ⑥	4.歩行能力向上 屋内 / 屋外 ①補助具使用 歩行器 杖 シルバーカー ②伝い歩き ③独歩 ④段差 ⑤階段昇降 ⑥
	5.生活関連動作向上 ①家事 炊事 洗濯 掃除 買い物 ②外出 ③	6.作業・趣味の獲得 ①したいこと ②趣味	7.嚥下・摂食機能 コミュニケーションの向上 ①嚥下・摂食 ②言語	8.その他 ①介助方法指導 ②住環境整備 ③就労支援 ④社会参加
	消炎鎮痛	・ホットパック ・渦流浴 ・交代浴 ・マイクロ ・低周波 ・SSP ・牽引		
	特記事項・注意事項(リハビリの中止基準など)			
<ul style="list-style-type: none"> ・特になし ・SPO2 %以下 ・血圧 mmHg以上 mmHg以下 ・低血糖症状 ・脈拍 回/分以上 回/分以下 ・疼痛 ・体温 ℃以上 ・その他() 				

上記のとおり、通所リハビリテーションの実施を指示します。

※情報提供の基礎となる直近の診察日：平成 年 月 日

医療機関：

住 所：

電話(FAX)：

医師氏名：

印