

情報提供書

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

T E L

担当医師名

医療法人みゆき会

飯山介護老人保健施設みゆき

デイケア 担当医 宛

氏名	生年月日	明 大 昭	年	月	日
病名					
病状・経過					
リハビリ上の注意点(○をして下さい) Ⅰ:特別なリスクはなく、運動量はその年齢に応じて普通に行ってよい Ⅱ:いくらかの問題はあるが、運動量は中程度行ってよい Ⅲ:問題があり要注意である。運動は軽度で監視を要する					
個別リハビリテーション上の注意点・中止基準をご記入下さい					
食事 (常食 ・ 心臓病食 ・ 糖尿病食 ・ 腎臓病食 ・ 高血圧食 ・ その他 制限 (カロリー : 水分 : その他 :) 経管栄養など ()					
入浴 (注意事項等あれば記載してください) ※ 血圧 () 以上の場合は入浴中止					
服薬状況					
特記・禁忌事項					