

医療機関名

住 所

電 話

医 師 名

印

医療法人みゆき会

飯山介護老人保健施設みゆき

担当医 宛

通所リハビリテーション情報提供書
訪問リハビリテーション診療情報提供書（指示書）

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 様 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
疾患名		
現在の状況	症状・治療・状態	
服用中の薬		
留意事項等（いずれかに必ずご指示下さい）		リハビリテーションの目的（必ずご指示下さい）
留意事項	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 血圧変動 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 呼吸症状 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 身体機能の維持改善 <input type="checkbox"/> 精神機能の維持改善 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> QOLの向上 <input type="checkbox"/> 社会参加活動移行への支援 <input type="checkbox"/> 福祉用具・生活環境の調整及び整備 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> その他（ ）
中止基準	<input type="checkbox"/> 上記所見が認められた時 <input type="checkbox"/> 脈拍数 回/分以上 <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 mmHg 以上 <input type="checkbox"/> 拡張期血圧 mmHg 以上 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
運動負荷	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> Ⅱ：いくらかの問題はあるが、運動量は中程度で行ってよい。 <input type="checkbox"/> Ⅲ：問題があり要注意である。運動は軽度で監視を要する。	
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> その他（ ） 制限（カロリー： 水分： その他： ） 経管栄養など（ ）	
入浴（注意事項等あればご記入下さい）		
※血圧 mmHg 以上の場合は入浴中止		
特記事項（通所・訪問リハビリに対する助言、禁忌等）		