

診療情報提供書(通所リハビリテーション指示書)

以下の通り、通所リハビリテーションの実施を指示します

指示日 平成 年 月 日

※ケア利用者は指示日不要

氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生	(才)
傷病名							
既往歴							
現病歴および 気になる所見							
処方薬							
リハ目的 指示目的・内容 [※必ず記入 お願いします]	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練			<input type="checkbox"/> ADL訓練			
	<input type="checkbox"/> 筋力増強訓練			<input type="checkbox"/> 歩行訓練			
	<input type="checkbox"/> 認知訓練			<input type="checkbox"/> 嚥下訓練			
	<input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練			<input type="checkbox"/> コミュニケーション訓練			
	<input type="checkbox"/> リハビリ実施時の禁忌・留意事項				[]		
治療食・食事制限等							
認知症	HDS-R 点 (徘徊・不潔行為・暴力行為・その他問題行動)						
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度			自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度			自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
身長	cm	体重	kg	血圧	/ mmHg		
ADL	移動						
	移乗						
	入浴						
	排泄						
	食事						
	その他 注意点						

介護老人保健施設 ろうけんくがやま

年 月 日

医療機関
所在地
電話番号
医師名

印