ＪＡ長野厚生連南長野医療センター　　　　　　　　　　　　　　　作成日　　　　年　　　月　　　日  
　篠 ノ 井 総 合 病 院

　　通所リハビリテーション　殿　　　　　　　　　医療機関名

住　所

電　話

(FAX)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**通所リハビリテーション情報提供書**

　通所リハビリテーション実施に必要な情報を提供致します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | |  | | □男 | 生年月日 | | | | | | | |
|  | | | 様 | □女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ | |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 住所 | | | | | |  | | | | | | |
| ＴＥＬ | | | | | | |
| 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 | | □転倒　 □骨折　 □痛み　 □血圧変動 | | | □ 身体機能の維持改善 | | | | | | | |
| □不整脈 □発熱　 □低血糖 □呼吸症状 | | | □ 精神機能の維持改善 | | | | | | | |
| □めまい □その他(　　　　　　　　　) | | | □ 移動動作訓練 | | | | | | | |
| 中止基準 | | 上記所見が認められた時 | | | □ 日常生活動作訓練 | | | | | | | |
| □ 脈拍数　　　　　　回／分以上 | | | □ ＱＯＬの向上 | | | | | | | |
| □ 収縮期血圧　　　　　mmHg以上 | | | □ 社会参加活動移行への支援 | | | | | | | |
| □ 拡張期血圧　　　　　mmHg以上 | | | □ 福祉用具・生活環境の調整及び整備 | | | | | | | |
| □ その他(　　　　　　　　　　　　　) | | | □ 家族指導 | | | | | | | |
| 運動負荷 | |  | | | □ 自主トレーニング指導 | | | | | | | |
| □ その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 緊急時連絡先(急な病状変化等) | | | | | | | | | | | | |
| 特記すべき事項(通所リハに対する助言等) | | | | | | | | | | | | |