

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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 様	生年月日	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	<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"/> 移動動作訓練 <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"/> 自主トレーニング指導 <input type="checkbox"/> その他( )			
中止基準	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							
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)							