診療情報提供書

利用者氏名	殿	生年月日	生　　歳
住所	電話		
主たる傷病名			
既往歴			

現在の状況　※該当項目にレ印等

病状・治療状態（術式・術日等）

投与中の薬剤の用量・用法

日常生活自立度	寝たきり度	☐ J1　☐ J2　☐ A1　☐ A2　☐ B1　☐ B2　☐ C1　☐ C2
	認知症の状況	☐ Ⅰ　☐ Ⅱa　☐ Ⅱb　☐ Ⅲa　☐ Ⅲb　☐ Ⅳ　☐ M

装着・使用医療機器等

☐ 自動腹膜灌流装置　☐ 透析液供給装置　☐ 酸素療法　（　　l/min ）
☐ 吸引機　☐ 中心静脈栄養　☐ 輸液ポンプ
☐ 経管栄養（ ☐ 経鼻・ ☐ 胃瘻：チューブサイズ　　日に１回交換）
☐ 留置カテーテル（カテーテルサイズ　　日に１回交換）
☐ 人工呼吸器（ ☐ 陽圧式・ ☐ 陰圧式：設定　　）
☐ 気管カニューレ（サイズ　　）
☐ ドレーン（部位　　）
☐ 人工肛門　☐ 人工膀胱　☐ その他　（　　）

必ずご記入ください

リハビリテーションの目的

リハビリテーションの内容

☐ ROM訓練　☐ 筋力強化訓練　☐ 基本動作訓練
☐ 歩行訓練　☐ ADL訓練　☐ 軽作業・趣味的作業
☐ 環境整備　☐ 摂食・嚥下訓練　☐ 失語症訓練
☐ 構音・発話訓練　☐ 認知機能訓練　☐ 物理療法
☐ その他　（　　）

リハビリテーションを実施するにあたり注意すべき事項（リハビリ中止基準・感染症等）

☐ アンダーソン・土肥の基準に準ずる

その他注意すべき事項：

緊急時の連絡先	
不在時の対応	

上記のとおり、 ☐ 訪問リハビリテーション　の実施を指示します。
☐ 通所リハビリテーション

医療法人財団大西会　千曲中央病院　リハビリステーション殿

指　示　日　令和　　年　　月　　日
医療機関名
住　　所
医師氏名　　印