

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	☐ II a	☐ II b	☐ III a	☐ III b	☐ 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

社会医療法人大西会 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