**診療情報提供書（兼リハビリテーション指示書）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名　　　　　　　　　　　　様　　男 ・ 女 | 生年月日明・大・昭　　　年　　月　　日生（　　　歳） |
| 主傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）、既往歴など |
| 症状経過、検査結果及び治療経過 |
| 要介護認定の状況 | 要支援（ 1 ･ 2 ）要介護(　1 ･ 2 ･ 3 ･ 4 ･ 5 　) |
| 障害高齢者日常生活自立度 | 正常 ･ J1 ･ J2 ･ A1 ･ A2 ･ B1 ･ B2 ･ C1 ･ C2 |
| 認知症高齢者日常生活自立度 | 正常 ･ Ⅰ ･ Ⅱa ･ Ⅱb ･ Ⅲa ･ Ⅲb ･ Ⅳ ･ M |
| 感染症の有無 | なし ･ あり： |
| 現在の処方 |
| リハビリテーション指示事項 | 主治医意見 |  |
| リハビリテーションメニュー：必要な項目に○1.起居動作訓練　2.移乗動作訓練　3.座位訓練　4.立位訓練　5.歩行訓練　6.階段昇降訓練7.屋外歩行訓練　8.関節可動域訓練　9.筋力強化訓練　10.ホームプログラム指導　11.生活パターン指導　12.住宅改修検討　13.家具／補装具配置検討　14.車椅子管理　15.義肢／装具管理　16.日常生活用具管理　17.嚥下訓練　18.摂食訓練　19.言語訓練　20.コミュニケーション方法検討　21.介助方法指導（家族）　22.作業趣味活動指導23.その他： |
| 具体的な内容/量 |
| リスク管理 | 通常血圧 | 　　　　／　　　　 | リハ・入浴中止血圧（目安） | 　　　　／　　　　 |
| 特記事項・注意事項（リハビリ・入浴の中止基準など） |
| 緊急時の連絡先 | 診療時間内： | 診療時間外： |

上記のとおり、通所リハビリテーションの実施を指示します。

※情報提供の基礎となる直近の診療日：　　　　　年　　　月　　　日

※通所リハビリテーション指示期間：上記診療日より約１年間

老人保健施設 樹の丘　　　　　医療機関：

通所リハビリテーション　　　　　住所：

施設長　喜瀬　守人 行　　　　　電話（FAX）：

　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印