

通所リハビリテーション利用に係る診療情報提供書

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳)								
診断名	感染症有無 ◎分かる範囲でご記入ください。有の場合には☑チェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA									
	結核:胸部X-P(所見 有・無) ※CD-LOMでの情報提供をお願いいたします。									
既往歴	入浴及びリハビリ実施にあたり、実施可能な範囲をそれぞれご記入ください。									
	血圧	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">平常時</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">/</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">~</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">実施可能</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">~</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> </table>	平常時	/	~	/	実施可能	/	~	/
	平常時	/	~	/						
	実施可能	/	~	/						
脈拍	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">平常時</td> <td style="width: 85%; text-align: center;">~</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">実施可能</td> <td style="text-align: center;">~</td> </tr> </table>			平常時	~	実施可能	~			
平常時	~									
実施可能	~									
内服薬 (データなどは裏面に貼付してください)										
その他、注意事項、禁忌事項など										

利用目的 ※該当する項目に○をつけて下さい。

1.	身体機能面への働きかけ(実際の生活に必要な筋力、関節の動き、心肺機能などの低下予防、体力の維持、増進)
2.	日常生活活動面への働きかけ(食事、更衣、排泄、入浴等訓練、指導、規則正しい生活のリズムの獲得)
3.	心理面への働きかけ(心理的安定、生活に対する意欲等の精神活動の活性化)
4.	“生きがい”への働きかけ(趣味的活動、自己表現の機会、生きがいの再獲得、自発的な生活援助)
5.	社会的側面への働きかけ(対人交流、役割意識の再獲得、生活圏の拡大の援助)
6.	その他()

平成 年 月 日

医療機関の所在地及び名称

医師名

印

通所リハビリテーションもえぎ野