

診療情報提供書

介護老人保健施設 虹の里

藤原 高明 医師

紹介元医療機関の住所地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	様 男・女 M/T/S	年 月 日	生まれ	歳
住所	電話番号 () -			
傷病名				
既往歴			合併症	
症状及び治療の経過と治療法			処方	
必要処置	喀痰吸引:(必要・不要) 経管栄養:(有 (鼻腔・胃瘻)・無) 気管カニューレ:(有・無) 尿バルーンカテーテル:(有・無) その他()			
感染症:	梅毒() HBs抗原() HCV() 結核() 疥癬() その他()			
アレルギー(有・無)	褥瘡(有・無) 部位:			
リハビリテーションの方針	かかりつけ医(有・無)			
禁忌事項 <input type="checkbox"/> :低・高血圧。運動時 _____以下・以上にならないよう負荷調整。安静時 _____以下・以上時は主治医連絡 <input type="checkbox"/> :頻・徐脈。運動時 _____以下・以上にならないよう負荷調整。安静時 _____以下・以上時は主治医連絡 <input type="checkbox"/> :低血糖。空腹時のリハビリを控える。低血糖症状に注意。 <input type="checkbox"/> :呼吸器症状。安静時SPO2 _____%以下、運動時SPO2 _____%以下でリハビリ中止。 <input type="checkbox"/> :在宅酸素使用中。通常安静時 _____L、運動時 _____L使用。運動時最大 _____Lまで増量可能。 <input type="checkbox"/> :人工関節。 _____関節に関して易脱臼。禁忌肢位 _____。				
リハビリ指示事項 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練(四肢:右・左、下肢:右・左、体幹、頸部) <input type="checkbox"/> 筋力訓練(四肢:右・左、下肢:右・左、体幹、頸部) <input type="checkbox"/> バランス訓練(座位、立位) <input type="checkbox"/> ADL訓練(食事動作、更衣動作、整容動作、入浴動作、トイレ動作) <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> 各種体操指導() <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 摂食機能訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練			特記事項	