

# 通所リハビリテーション利用に関する意見書

介護老人保健施設 あゆみの里

氏名	様 (男 女)		生年月日	明 大 昭	年	月	日	歳	
住所									
現病歴 治療経過 及び	既往歴								
			* 整形外科疾患の既往があれば術式をお書き下さい						
処方内容									
状態の安定	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定    (理由: _____)		<input type="checkbox"/> その他( _____ )						
* 1時間程度の移動(送迎)に支障は( ない ・ ある ) と認める									
* 施設内での入浴に支障は ( ない ・ ある )と認める									
* 施設内での入浴を中止すべき状況 EX: 血圧 / _____ 以上の場合は入浴禁止									
* 施設内でのリハビリを中止すべき状況 EX: 血圧 / _____ 以上の場合はリハビリ中止									
平常値	血圧=	mmHg	体温	°C	脈拍	回/分			
通所リハビリテーション利用時の注意事項 ( 送迎・入浴・その他 )									
* 検査データは6ヶ月以内のものが貴院にあればそれを記入下さい。データがなければ未記入でかまいません。									
(心電図も同様です。)呼吸器疾患は分かっている疾患があれば記入下さい。なければ未記入でかまいません。									
検査	感染症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )					
			心電図異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( _____ )					
			治療食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 糖尿食( _____ kcal)					
				<input type="checkbox"/> 心臓食(塩分 _____ g) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食					
				<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )					
				<input type="checkbox"/> アレルギー ( _____ )					
		<input type="checkbox"/> 水分制限 ( _____ )							

上記のとおり診断します

年 月 日

※高齢者健診等のデータがある場合はコピーを添付して下さい。

※なお、緊急時に際し施設から指示を仰がれた場合

( 応ずる ・ 否 )

医療機関名

所在地

※施設から本人の健康状態(口腔機能も含む)について助言を仰がれた場合

( 応ずる ・ 否 )

電話番号

医師名