

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								
現治療歴及び既往歴			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	☐ 安定 ☐ 不安定 （理由： ） ☐ その他（ ）							
* 日常生活の自立度について								
・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2								
・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M								
* 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	℃	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して下さい。								
（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して下さい。								
検査	感染症 ☐ あり ☐ なし		呼吸器疾患	☐ 無 ☐ 有（ ）				
			心電図異常	☐ 無 ☐ 有（ ）				
			治療食	☐ 無 ☐ 有 ☐ 糖尿食（ kcal）				
				☐ 心臓食（塩分 g） ☐ 胃潰瘍食				
				☐ その他（ ）				
				☐ アレルギー（ ）				
				☐ 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