

通所リハビリテーション利用に関する意見書(居宅用)

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								
※ 主治医意見書及びすべての医療機関からの情報をもとに記入をお願いいたします。								
現病歴及び 通院状況			既往歴	入院を要するような疾患 いつ頃から				
				1				
				2				
				3				
				4				
処方内容	※ お薬手帳のコピーを貼付していただければ記入の必要はありません。							
* 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								
※ 通所リハビリテーションサービスを利用するにあたり下記の項目をご確認ください。								
* 1時間程度の移動(送迎)に支障は（ ない ・ ある ）								
* 施設内での入浴に支障は（ ない ・ ある ）								
※ 医師より特別な指示があればご記入下さい。								
* 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ヶ月以内のものがあればコピーを貼付してください。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して下さい。なければ未記入でかまいません。								
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）				
				☐ 心臓病食(塩分 g) ☐ 胃潰瘍食				
				☐ その他（ ）				
				☐ アレルギー（ ）				
☐ 水分制限（ ）								

☐ 主治医意見書より転記しました。 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。

事業所名
所在地
電話番号
介護支援専門員