

通所リハビリテーション診療情報提供書（通所リハビリ指示書）

氏名				男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日（才）
診断名 (現疾患)				年 月 日		処方内容			
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
既往歴				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
経過 及び 現症状				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
				年 月 日					
リハビリ 指示内容									
体重	Kg		身長	cm					
感染症	なし	☆HBs抗原（陰性・陽性） ☆HCV抗体（陰性・陽性） ☆TPHA（陰性・陽性） ☆その他							
精神状況	認知症（なし・軽・中・重） 問題行動 なし・あり（ ）								

<リハビリテーション・入浴の判断基準>

必要あれば御指示下さい
※尚、当園の中止基準は以下の通りになっております (血圧(収縮期)170mmHg以上 90mmHg以下・(拡張期)90mmHg以上 40mmHg以下 ・脈拍100回/分以上 50回/分以下 ・体温37.5℃以上)

<日常生活について>

特別食	なし ・ あり 糖尿病食 心臓病食 腎臓病食 その他（ ） ※内服などで治療中の方には当園の判断で特別食を提供させて頂く場合がございます。
アレルギー	なし ・ あり （ ）
その他 療養上の 注意点	

上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話

担当医 印