

診療情報提供書(通所リハビリテーション)

年 月 日

紹介先医療機関名
介護老人保健施設 のだふじ
施設長 宛

紹介元医療機関等の名称及び所在地
医療機関名
所在地
電話番号
医師名

印

患者氏名	様
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳) 職業

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

既往歴及び家族歴

症状経過、検査結果及び治療経過

現在の処方

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
(有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日)

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

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに○)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

現状の問題点・課題(リハビリテーションの目的)

リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項

リハビリテーションを中止する際の基準(以下のいずれかに☑)

- アンダーソンの基準に従う
- 収縮期血圧: ____ mmhg(以上・以下) 拡張期血圧: ____ mmhg(以上・以下)
- 脈拍: ____ 回/min(以上・以下) SpO2: ____ %以下 呼吸数 ____ 回以上
- その他の自覚症状(_____)

備考

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。