

診療情報提供書

事業者： 大野中央病院

通所リハビリテーション 担当医 宛

TEL/FAX 047-372-8055

医療機関名： _____

T E L : _____ - _____ - _____

主治医師 : _____ 印

記載日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名:	_____
生年月日:	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
住 所:	_____
T E L:	_____ - _____ - _____

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)										
入院・入所期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 (施設名 _____)										
既往歴										
症状経過、及び治療経過										
陽性の感染症 :										
現在の処方薬										
認知症の有無		無・有 (_____)								
寝たきり度		自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
認知症高齢者の自立度		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V	
日常生活活動(ADL)の状況										
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	
現状の問題点・課題(サービス提供中に出現しうる症状及び留意点、今後予測されるリスク等)										
リハビリ・食事・入浴の可否および注意事項										
リハビリ(制限あり・制限なし)										
*制限ありの場合 中止すべき血圧値 (_____ / _____) 留意事項(_____)										
運動負荷[軽度・一定・漸増・その他(_____)]										
運動制限・禁忌肢位[無・有(_____)]										
食事[普通食・その他(_____)]										
入浴(可・不可)										
*可の場合 中止すべき血圧値 (_____ / _____) 留意事項(_____)										
備考										