西宮協立デイケアセンターほほえみ・第2ほほえみ / 西宮協立訪問リハビリテーションほほえみ のご利用に際して、診療情報提供をお願いいたします。

リハビリテーション内容は、以下の予定です。

□理学療法　□作業療法　□言語聴覚療法

リハビリテーションの目標 :

診療情報提供書（通所リハ・訪問リハ）

リハビリテーションの利用に際し、注意する点がある項目は可能な範囲でご記入お願いいたします。

氏 名		男 ・ 女	T・S　　年　　月　　日生
現疾患 （添付可）		既往症 □高血圧　□糖尿病　□脂質異常 □心疾患 （　　） □その他 （　　）	
現在の状況	【病状の今後の見通し】□改善　□不変　□悪化・進行 【服薬指示】　□なし　□あり 投薬内容（複写添付可能）		
医学的管理	□なし　□あり（下記の項目にチェックを入れてください） □酸素療法（　　/min）　□吸引　□経管栄養 （ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ その他 ） □血糖値測定　□褥瘡　□人工肛門、人工膀胱　□気管カニューレ　□透析 □中心静脈栄養　□静脈ポート　□その他 （　　）		
感染症の有無	□なし　□あり（下記の項目にチェックを入れてください） □疥癬　□MRSA （ 現在症状がなく検査不要 ・＋・－ ） □肺結核　□胸部X線（ 20　年　月 ）　所見（　　） □その他　疾患名:		
口腔・栄養に関する注意点	口腔機能向上、栄養改善に関して、サービス実施する上での指示・指導内容 □なし　□あり　□（口腔） 注意事項: □（栄養） 注意事項:		
リハビリテーション注意点	リハビリテーション実施時の注意点・運動時の禁忌事項 □特になし　□あり（空欄にご記入お願いいたします）	訪問リハ実施3か月毎に情報提供の更新をお願いいたします。その場合、変更点のみの確認用紙を送付いたしますので、書類の送付方法の希望をお知らせください。報告書など詳細内容については、郵送いたします。 □FAX可　□郵送のみ	
運動の可否 □可 □否 中止時 □アンダーソンの中止基準と同じ （安静時脈拍120以上、血圧200/100以上 等） □その他（下記に中止基準を記入お願いします） 血圧　/　mmHg以上　/　mmHg以下 体温　℃以上 脈拍・呼吸についての中止事項 （　　）		入浴の可否 □可 □否 中止時 □事業所の基準と同じ （血圧160/100以上、体温37.6度以上、脈拍120以上） □その他（下記に中止基準を記入お願いします） 血圧　/　mmHg以上　/　mmHg以下 体温　℃以上 脈拍・呼吸についての中止事項 （　　）	
緊急時対応	□西宮協立脳神経外科病院 可　□要相談　かかりつけ連絡:		

上記のとおり診断します。

20　　年　　月　　日

住所:

医療機関名:

医師名:　　印

電話:　　FAX: