

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関

医療法人 慈光会

ひかり通所リハビリテーション事業所 担当医 様

医療機関名 :

住所 :

TEL :

医師氏名

Ⓜ

フリガナ		生年月日	年 月 日 歳
氏名	様 (男・女)		
住所	TEL		
病名	内服薬		
病歴	障害老人の日常生活自立度		
	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		
胸部X線所見	心電図所見		
血液検査 白血球 : _____ GOT : _____ TP : _____ 赤血球 : _____ GPT : _____ アルブミン : _____ 血小板 : _____ γ GTP : _____ TC : _____ 血色素 : _____ BUN : _____ TG : _____ Fe : _____ クレアチニン : _____ mg/dl HbA1c : _____ (DMの場合)			
感染症状 梅毒反応 (陰性・陽性) HBs抗原 (陰性・陽性) HCV (陰性・陽性) HBs抗体 (陰性・陽性)			
運動負荷量中止基準		訓練内容	
・ 血圧 mmHg 以下 ・ SpO2 %		・ 関節可動域訓練 ・ 筋力強化訓練 ・ 基本動作訓練 ・ バランス訓練 (座位/立位) ・ 歩行訓練 ・ ADL IADL 訓練	
注意事項		・ 趣味・余暇活動増進 器械訓練 ・ 言語訓練 ・ ニューステップ ・ 口腔機能訓練 ・ ロムーバー ・ 福祉用具の検討 ・ パワーアシスト ・ 家屋評価 ・ その他	
リハビリに対する注意事項 : デイケアひかり利用日 () ・ 短期集中リハビリ加算算定 (有・無)			