

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

⑩

フリガナ		生年月日	年 月 日 歳
氏 名	様（男・女）		
住 所	T E L		
病名：		内服薬：	
病歴：		障害老人の日常生活自立度	
		自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2	
		認知症高齢者の日常生活自立度	
		自立・I・II a・II b・III a・III b・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： _____ γGTP： _____ TC： _____ 血色素： _____ BUN： _____ TG： _____ Fe： _____ クレアチニン： _____ mg/dl HbA1c： _____（DMの場合）			
運動負荷量中止基準		訓練内容	
・ 血圧 mmHg以上 mmHg以下 ・ SpO2 %以下 ・ 脈拍 回/分以上 回/分以下		・ 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 ・ 趣味・余暇活動増進 ・ 言語訓練 ・ 口腔機能訓練 ・ 福祉用具の検討 ・ 家屋評価 ・ その他 器械訓練 ・ ニューステップ ・ ロムーバー ・ パワーアシスト ・ レッグプレス ・ チェストプレス	
リハビリテーションに対する注意事項			