

利用時診断書 兼 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関の所在及び名称

けやきの里クリニック

通所リハビリテーション担当医

医師氏名

印

患者氏名 様 (歳)		生年月日 M・T・S 年 月 日	
主たる傷病名		障害・症状	
既往歴			
治療経過			
検査及び診断項目		リハビリテーションの留意事項	
(1) 結核喀痰反応(塗抹検査)又は胸部X撮影 □ 陽性 □ 陰性		荷重制限	□ 無 □ 有()
(2) B型肝炎(HBs抗体検査) (HBsが陽性の時Hbe抗原検査が必要) □ 陽性 □ 陰性		酸素投与	安静時()% 運動時()%
(3) C型肝炎(HCV抗体検査) □ 陽性 □ 陰性		装具使用	□ 無 □ 有()
(4) その他、感染症の既往		<中止基準> 血圧 (/) 以上 □ 休止 □ 中止 血圧 (/) 以下 □ 休止 □ 中止 脈拍 () 以上 □ 休止 □ 中止 脈拍 () 以下 □ 休止 □ 中止 SPO2 (%) 以下 □ 休止 □ 中止 体温 (°C) 以上 □ 休止 □ 中止 自覚症状 (□ 胸部痛 □ 呼吸苦) □ 休止 □ 中止	
リハビリテーション目的		<リハビリテーションのリスク・禁忌、その他注意点>	
<input type="checkbox"/> 身体機能の維持向上 <input type="checkbox"/> 転倒予防・移動動作の維持向上 <input type="checkbox"/> ADLの維持・向上 <input type="checkbox"/> 社会参加・IADL・QOLの維持向上 <input type="checkbox"/> 認知機能・他者との関わりの維持向上			
入浴サービス		食事サービス	
入浴の可否: □ 可能 □ 不可 血圧(/)以上で入浴中止 <その他の留意事項>		水分制限 □ 無 □ 有()ml 療養食 □ 無 □ 有() <その他の留意事項>	