

主治医御机下

貴院にてご加療中の患者様の当施設の通所リハビリテーション利用にあたり、以下内容につきまして情報提供いただけますよう、宜しくお願い申し上げます。なお、この情報は当施設の利用目的以外には使用致しません。

医療法人財団 東京勤労者医療会 東葛病院付属診療所 通所リハビリテーション 診療情報提供書

利用者氏名 男・女 明・大・昭・令 年 月 日

(1) 診断名及び発症年月日

1、 発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日(頃)
2、 発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日(頃)
3、 発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日(頃)

(2) 既往歴

※レントゲン撮影日 年 月 日 異常 あり・なし ※必ずご記入下さい。
感染症: 無・不明・有( ) ※HBV、HCV、W氏、MRSA、病原性大腸菌、その他

(3) 主な治療処置内容

(4) 処方内容

(5) 身体の状態

身長( )cm 体重( )kg 過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少
血清アルブミン値( )g/dl
□ 麻痺 □ 右上肢 (程度: □ 軽 □ 中 □ 重) □ 左上肢 (程度: □ 軽 □ 中 □ 重)
□ 右下肢 (程度: □ 軽 □ 中 □ 重) □ 左下肢 (程度: □ 軽 □ 中 □ 重)
□ その他(部位: )
□ その他の皮膚疾患(部位: )
障害高齢者の日常生活自立度(□ 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)

(6) 高次脳機能障害

無・有 (失語症・記憶障害・半側機能障害・遂行機能障害・注意障害・病識欠落・その他[ ])

(7) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

血圧 □ 特になし □ あり( ) 移動 □ 特になし □ あり( )
(実施可能な収縮期血圧 上限: 下限: ) 運動 □ 特になし □ あり( )
(実施可能な拡張期血圧 上限: 下限: ) 摂食 □ 特になし □ あり( )
脈 □ 特になし □ あり( ) 嚥下 □ 特になし □ あり( )
(実施可能な上限: 下限: ) その他( )

当事業所は下記のサービスについて積極的に提供したく考えております。

実施の実施不可と判断される場合にはその理由をご記入下さい。

個別リハビリ 実施可・実施不可 ( )
口腔機能向上 実施可・実施不可 ( )
栄養改善 実施可・実施不可 ( )

※BMI18.5未満、6ヶ月以内で3%以上の体重減少、血清アルブミン値3.5g/dl以下、食事摂取量75%以下の状態となった時に実施します

上記の通り報告します。 令和 年 月 日

その他リハビリ実施する上での 医療機関名

注意事項等ございましたら添付下さい。 電話番号

医師氏名

印