診療情報提供書

おおたわら総合在宅ケアセンター マロニエデイケアサービス

担当医 殿

医療機関名:

担当科:

担当医師名:

患者様	氏名		殿		性別		男・女	
	生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)		
病名及び発症年月日								
1.		発症年月日		S・H・R		年	月	日
2.		発症年月日		S・H・R		年	月	日
3.		発症年月日		S・H・R		年	月	日
病状・経過及び障害の有無								
感染症の有無 (B、C型肝炎・結核・その他) 有・無								
認知症の有無 有・無 (長谷川式								
現在の処方								
*ステロイド・免疫抑制剤使用の有無(								
リハビリテーションを行う上での禁忌注意事項(リスク管理)								
なし あり (理由								
施設での入浴の可否 可・否 (理由:)								
リハビリテーションの指示内容(☐ にチェックの上、必要な指示事項をお書き込みください)								
☐ 理学療法・作業療法・言語聴覚療法等の訓練が必要と認める								
☐ 口腔機能の向上訓練が必要と認める								
☐ 特に下記の訓練を必要と認める								
()								
※上記のうち さらに具体的な指示があればご記入ください								
()								
特記事項・その他								

通所リハビリテーション指示書

当施設 記入欄	上記の依頼通り、通所リハビリテーションサービスを提供することを了承いたします							
	リハビリテーションの目的 : ☐ 全身機能の向上 ☐ ADLの向上 ☐ 社会参加支援							
	リハビリテーションの留意事項: ☐ なし ☐ あり()							
	リハビリテーションの中止基準: ☐ 土肥・アンダーソンに従う ☐ その他() ☐ リハ医学会基準							
令和 年 月 日								
おおたわら総合在宅ケアセンター マロニエデイケアサービス								
医師								
(印)								