

# 【川口診療所 通所リハビリ情報提供書】

川口診療所 すこやか

川口市仲町 1-36

利用者名： 殿 (男・女) 大・昭・平 年 月 日 (生)

【診断名・現病歴】 \*発症日・受傷日など詳しく記載してください。

【既往歴】

【 服薬内容 】 \*患者様用の薬の説明書のコピーでも可

服薬障害食品：無 ・ 有 ( ) インシュリン：無 ・ 有 (単位数：朝 昼 夕 寝る前 )

【 感染症 】

HCV : 無 ・ 有 HBV : 無 ・ 有 \*採血日 : 年 月 日

結核既往 : 無 ・ 有 \*最終レントゲン撮影日 : 年 月 日

白癬 : 無 ・ 有 (治療中・治療未)

その他 : ( )

【 栄養状況 】 半年で3%以上の体重減少 : 有 ・ 無 血清アルブミン値 3.5 g/d l : 以上 ・ 以下

その他 : ( )

【 注意事項 】

<食事>

糖尿食カロリー制限 : (1400・1600・1800) kcal以下 /塩分制限 : 無・有( )g以下

アレルギー : 無 ・ 有 ( )

嚥下障害 : 無 ・ 有 \*水分とろみ使用 : 無 ・ 有

水分制限 : 無 ・ 有 ( ml/日 以下)

<入浴>

入浴制限 : 無 ・ 有 (有りの場合 : 半身浴であれば可 ・ シャワー浴であれば可 ・ 不可 )

中止血圧 : (収縮期 /拡張期 mmHg 以上) (収縮期 /拡張期 mmHg 以下)

中止脈拍 : ( 回/分 以上) ( 回/分 以下)

<リハビリ>

中止血圧 : (収縮期 /拡張期 mmHg 以上) (収縮期 /拡張期 mmHg 以下)

中止脈拍 : ( 回/分 以上) ( 回/分 以下)

階段昇降 : 可 ・ 条件により可 ・ 不可

(不可の理由と実施条件 : )

禁忌姿勢 : 無 ・ 有 ( )

<口腔ケア>

出血傾向 : 無 ・ 有

【 その他 通所リハビリ利用にあたっての注意事項 】

上記の注意事項の上、通所リハビリの利用を可能と判断致します

年 月 日 医療機関 所在地

名称

医師名