

通所リハビリテーション診療情報提供書

まんかい短時間通所リハビリ朝(あした) 担当医宛

フリガナ 氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日 生
住 所				
電話番号 ()				
傷病名(生活機能低下の原因となった傷病名)				
合併症及び既往歴				
症状経過、検査結果及び治療経過				
現在の処方				
感染症の有無 (有る場合は具体的に記入してください。)				
無・有 () ・ 不明				
リハビリテーション指示内容 : 必要な項目に○をお願いします。				
1. 基本動作練習 2. 生活関連動作練習 3. 歩行練習 4. 階段昇降練習 5. 関節可動域練習 6. 筋力強化練習 7. 自主練習指導 8. 摂食・嚥下評価・練習 9. 精神機能維持 10. 介助方法指導 11. 自助具・住宅改修相談 12. その他()				
リスク管理 : いずれか(一以上)の指示記入をお願いします。				
1. リハビリテーション開始前または実施中の留意事項 2. リハビリテーション中止の基準 3. リハビリテーションにおける利用者に対する負荷 4. その他				

上記のとおりリハビリテーションに関する情報を提供いたします。

年 月 日

医療機関名 :

所在地 :

電話番号 :

医師名

印