

年 月 日

## 短期入所・通所リハビリ 情報提供書

介護老人保健施設 同仁苑 宛  
〒324-0036 栃木県大田原市下石上1452  
TEL 0287-26-2323  
Fax 0287-26-2325

御紹介医療機関名

所在地

TEL

医師名

⑩

氏名

性別 男・女

住所

電話番号

生年月日

病名

症状経過及び治療経過、検査結果

既往歴

現在の処方

備考

褥 瘡:無・有(部位) )  
皮膚疾患:無・有(病名) )  
感染症:無・有(病名) )  
認知症:無・有 )  
精神症状:無・有(興奮・不穏・せん妄・徘徊・その他) )

## リハビリテーションの実施についてのご指示

目的		
指示内容	留意事項	
	中止する際の基準	
	負荷	
【該当項目に○印をつけてください】		
① 歩行・移動能力の維持・向上	④ 認知機能の維持・向上	
② 上・下肢筋力の維持・強化訓練	⑤ 廃用症候群の予防・機能向上	
③ 日常生活能力の維持・向上	⑥ その他	( )

### 日常生活状態

【該当項目に○印をつけてください】

1. 歩行動作
  - A. 自立(完全自立 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用)
  - B. 介助(車椅子:自立 ・ 介助)
  - C. 不可(車椅子:自立 ・ 介助)
2. 起居動作
  - A. 寝返り自立
  - B. 寝返り介助
  - C. 座位保持自立
  - D. 座位保持介助
  - E. 座位完全不可
3. 食事動作
  - A. 自立
  - B. 見守り
  - C. 介助
  - D. 経管栄養(経鼻 ・ 胃瘻)
4. 排泄動作
  - A. 自立(トイレ ・ ポータブル)
  - B. 介助(トイレ ・ ポータブル)
  - C. オムツ
  - D. 尿道留置カテーテル
5. 意思疎通
  - A. 会話が可能
  - B. 会話が不可(話す ・ 話しを聞く ・ 完全不可)