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	—————————————————————————————————————
氏名		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	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	目に〇印を	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・7	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)