

# 通所リハビリテーション利用診断書

医療法人社団寿光会 栗源病院 通所リハビリテーション 宛

氏名	様 (男・女)	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒			
現治療歴及び既往歴			既往歴	
* 整形外科疾患の既往があれば術式をお書き下さい				
内服処及び方剤内容				
状態の安定	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定    (理由: ) <input type="checkbox"/> その他( )			
リハビリ指示内容	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力強化訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> バランス訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> 物理療法 <input type="checkbox"/> その他( )			
* 30分程度の移動(送迎)に支障は( ない・ある )と認める				
* 施設内でのリハビリを中止すべき状況 (例: 血圧〇〇/〇〇以上の場合リハビリ中止)				
平常値 血圧 =    /    mmHg    体温    °C    脈拍    回/分				
* 通所リハビリテーション利用時のその他の注意事項				
* 検査データは6ヶ月以内のものが貴院にあればそれを記入下さい。データがなければ未記入でかまいません。(心電図も同様です。)呼吸器疾患は分かっている疾患があれば記入下さい。なければ未記入でかまいません。				
検査	感染症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	血液型	A・B・O・AB Rh(+・-)	MRSA	
	HBs	抗原	梅毒	STS
		抗体	呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	HCV	抗体	心電図異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )

上記のとおり診断します 年 月 日

※高齢者健診等のデータがある場合はコピーを添付して下さい。

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

