

# 診 療 情 報 提 供 書

|   |  |      |                 |                       |  |
|---|--|------|-----------------|-----------------------|--|
| 氏 名   | 様  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日( 歳) |                       |  |
| 性 別   | 男 ・ 女  | 介護度  | 要支援 1 ・ 2       | 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |  |
| 疾患名<br>(ADL 低下の主病名)<br>及び<br>合併症・既往歴        | 〔主病名・発症日〕  |      | 〔合併症・既往歴〕       |                       |  |
| 経 過<br>及び<br>現在の問題点                         | 〔経 過〕  |      | 〔現在の問題点〕        |                       |  |
| 内 服 薬                                       |  |      |                 |                       |  |
| 障害高齢者の日常生活<br>自立度 (寝たきり度)                   | 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2   |      |                 |                       |  |
| 認知症高齢者の<br>日常生活自立度                          | 自立 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M  |      |                 |                       |  |
| リハビリテーションの<br>目 的                           | <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・改善(ROM・筋力等) <input type="checkbox"/> IADL 維持・向上<br><input type="checkbox"/> 基本動作能力維持・向上 <input type="checkbox"/> 環境設定(福祉用具の検討等)<br><input type="checkbox"/> 歩行動作能力維持・向上(安定性・耐久性) <input type="checkbox"/> 社会参加支援<br><input type="checkbox"/> ADL 維持・向上<br><input type="checkbox"/> その他( ) |      |                 |                       |  |
| リハビリテーションの<br>実施上の留意点                       | 〔開始前・訓練中の留意事項、中止基準、負荷量等…〕  |      |                 |                       |  |
| 令和 年 月 日                                    |  |      |                 |                       |  |
| 医療機関名：                                      |  |      |                 |                       |  |
| 医 師 名： <span style="float: right;">Ⓜ</span> |  |      |                 |                       |  |

医療法人慶友会 城東病院

通所リハビリテーション

上記の通り 城東病院 医師兼管理者も指示します

令和 年 月 日

医師 兼 管理者： Ⓜ