診療情報提供書（通所リハビリテーション用）

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭　　年　　月　　日	年齢	歳
診断名		処方（コピーの添付可）	
既往歴			
認知症	無 ・ 有	認知症自立度 Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲ ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M	
※胸部X－P （必要時のみ）	異常なし ・ 異常あり（　　）　※感染症や肺炎等を疑う場合		
リハビリ・入浴の中止基準 ※アンダーソンの基準値 ※入浴は希望者のみ	□ 以下の基準とする　□ ※アンダーソンの基準でよい		
	安静時脈拍数（　　）／分以上　※120		
	拡張期血圧（　　）以上　※120		
	収縮期血圧（　　）以上　※200		
	運動中脈拍が（　　）を越える　※140		
	収縮期血圧が（　　）上昇した場合　※40		
	拡張期血圧が（　　）上昇した場合　※20		
	血中酸素飽和度の指示がある場合（　　）%以下		
リハビリを行う上での注意事項			
電気治療	可 ・ 不可		

上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用（ 可 ・ 否 ）と認めます。

西暦　　年　　月　　日

医療機関名　名称

所在地

電話

医師氏名

※有効期限は作成から3か月以内となります。

※文書作成料は実費負担になる可能性がございます。

詳細につきましては作成される病院（施設）へお問い合わせください。

介護老人保健施設 みかじま