**診療情報提供書（兼）リハビリテーション依頼箋**

長野県立信州医療センター　様

（受領確認　医師　　　　　　　　　　印）　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

医療機関等の名称：

住　　所　　：

電　話　番　号　：

（F A X）：

医　師　氏　名　：　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| ID ： 利用者氏名：　　　　　　　　　　様　　　　　　　　性別：男性・女性生年月日：大正・昭和　　　年　　　月　　　日　　　　歳住　　所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： |

|  |
| --- |
| 傷病名（生活活動の低下の原因となった傷病名） |
| 既往及び合併症： |
| 現在の状態と問題点： |
| リハビリテーションを行う上での留意点・禁忌・中止基準[ ] 血圧：　　　　mmHg以上　　　　　mmHg以下　　　[ ] 安静度：　　　　　　　　　[ ] 脈拍：　　　　回/分以上　　　　　回/分以下　　　[ ] Spo2： 　 ％以下[ ] 食事制限の内容（ワーファリン食など）：[ ] その他留意点・禁忌： |
| 上記以外の緊急時連絡先：[ ] 携帯電話　：　[ ] 他の医療機関： |
| リハビリテーションの内容（該当する項目の□にチェックして下さい）[ ] 身体機能（部位　[ ] 右　[ ] 左　[ ] 頸部　[ ] 体幹　[ ] 上肢　[ ] 下肢）[ ] 関節可動域訓練　　[ ] 筋力強化　　[ ] 平衡機能訓練　　[ ] 座位練習　　[ ] 起立練習[ ] 起居動作[ ] 歩行訓練　（[ ] 介助　[ ] 自力　　　[ ] 歩行器　[ ] 杖　[ ] 独歩　[ ] その他　　　　　　　　　）[ ] 日常生活動作維持・改善：[ ] 調理　[ ] 清掃　[ ] 買い物　[ ] 洗濯　[ ] 外出　[ ] その他　　　　　　[ ] 環境整備　[ ] 生活環境整備　[ ] 住宅改修助言　[ ] 福祉機器の紹介、調整[ ] 高次脳機能評価・訓練[ ] 嚥下機能評価・訓練　 |

長野県立信州医療センター　リハビリテーション技術科　*２０１８・７*