**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*