須高地域診療情報提供書　（[ ] 訪問リハビリ　[ ] 通所リハビリ）

＊該当する項目に、チェックをつけて下さい。

殿

　　　年　　月　　日

（受領確認　医師　　　　　　　　　　　　印）

医療機関等の名：

　所在地：

電　話　番　号：

（Fax）：

　医　師　氏　名：　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 利用者氏名：　　　　　　　　　　　　　　様　　　性別：[ ] 男性　　[ ] 女性生年月日：[ ] 大正　[ ] 昭和　[ ] 平成　[ ] 令和　　　　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 |
| 経過・現状と問題点 |
| 投薬中の薬剤 |
| リハビリテーション目的・指示内容[ ] 身体機能の維持・向上[ ] 関節可動域　[ ] 筋力　[ ] バランス　[ ] 協調性　[ ] 耐久性　[ ] 座位　[ ] 立位　[ ] 歩行　[ ] 手指機能[ ] 疼痛　[ ] 感覚　[ ] 嚥下　[ ] 発語　[ ] その他：[ ] 精神機能の維持・向上[ ] 認知症　[ ] 高次脳機能　[ ] 情緒　[ ] 活動性　[ ] 注意力　[ ] 知的低下　[ ] その他：[ ] ＡＤＬ・活動能力の維持・改善[ ] 食事　[ ] 更衣　[ ] 入浴　[ ] トイレ　[ ] 整容　[ ] 移動　[ ] コミュニケーション　[x] その他：　　　　　　　[ ] 環境整備・社会参加　[ ] 住宅改修助言　[ ] 福祉機器の調整　[ ] 自助具の調整　[ ] 生活リズムの獲得　[ ] 社会的交流[ ] その他：　　　 |
| リハビリテーションの中止基準・注意事項・運動負荷等の指示[ ] 血圧：　　　　　　　mmHg 以上　　　　　　　mmHg 以下　　　　[ ] 安静度：[ ] 脈拍：　　　　　　　回／分以上　　　　　　　回／分以下　　　　[ ]  Spo2　　　　％以下[ ] 土肥・アンダーソンのリハビリ中止基準に準ずる[ ] 食事制限の内容（ワーファリン食など）：[ ] その他留意点・禁忌： |
| 入浴の中止基準　　　　[ ] 血圧：　　　　　mmHg 以上　　　　　　mmHg 以下　[ ] 脈拍：　　　　　回／分以上　　　　　回／分以下　　　[ ] 体温： |
| 備考欄 |

須高地域リハビリテーション連絡会　2020.3作成

須高地域診療情報提供書　（[x] 訪問リハビリ　[ ] 通所リハビリ）

**訪問リハビリ用、通所リハビリ（デイケア）用か、チェック下さい。**

**記入例**

＊該当する項目に、チェックをつけて下さい。

　**須高地域病院**　　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（受領確認　医師　　　**須坂　太郎**　　　印）

医療機関等の名：　　**須高地域　かかりつけ医**

**宛先の施設名をご記入下さい。**

**＊受領先の医師がわかるようでしたら、併せてご記入下さい。**

　所在地：　　　**須坂市　須高　１１１**

電　話　番　号：　　　　　　　**000-000-0000**

（Fax）：　　　　　　　**111-111-1111**

　医　師　氏　名：　　　　　**高山　次郎**　　印

|  |
| --- |
| 利用者氏名：　**小布施　花子**　　様　　　性別：[ ] 男性　　[ ] 女性**貴施設の情報を記入、ご捺印下さい。**生年月日：[ ] 大正　[x] 昭和　[ ] 平成　[ ] 令和　　　**15**　年　**１**月　**１**日　　　**79**　歳住　　所：　　　**＊＊市　＊＊　　１１１**　　　　電話番号： **＊＊＊－＊＊＊－＊＊＊＊** |
| 傷病名（生活活動の低下の原因となった傷病名）**右大腿骨転子部骨折術後、脳梗塞後遺症** |
| 既往及び合併症**高血圧、糖尿病** |
| 経過・現状と問題点**＊＊年＊＊月に転倒。手術施行。＊＊年＊＊月に脳梗塞後遺症を発症。現在、杖歩行。** |
| 投薬中の薬剤**ワーファリン、カロナール** |
| リハビリテーション目的・指示内容**必要な項目にチェック下さい。**[x] 身体機能の維持・向上[x] 関節可動域　[x] 筋力　[ ] バランス　[ ] 協調性　[ ] 耐久性　[ ] 座位　[ ] 立位　[x] 歩行　[ ] 手指機能[ ] 疼痛　[ ] 感覚　[ ] 嚥下　[ ] 発語　[ ] その他：　記入例　運動指導[x] 精神機能の維持・向上[x] 認知症　[x] 高次脳機能　[ ] 情緒　[ ] 活動性　[ ] 注意力　[ ] 知的低下　[ ] その他：　**記入例　記銘力　など**[ ] ＡＤＬ・活動能力の維持・改善[ ] 食事　[ ] 更衣　[ ] 入浴　[ ] トイレ　[ ] 整容　[ ] 移動　[ ] コミュニケーション　[ ] その他：　**記入例　家事動作**　**など**[ ] 環境整備・社会参加　[ ] 住宅改修助言　[ ] 福祉機器の調整　[ ] 自助具の調整　[ ] 生活リズムの獲得　[ ] 社会的交流[ ] その他：　**記入例　介護指導　　など** |
| リハビリテーションの中止基準・注意事項・運動負荷等の指示**リハビリを実施するにあたり、先生方からの指示が、*必ず必要*　となります。****必要な項目（１つ以上）にチェック、及びご記入のほど、宜しくお願い致します。****●特記すべき項目がない場合、土肥・ｱﾝﾀﾞｰｿﾝの中止基準にチェック下さい。****（土肥・ｱﾝﾀﾞｰｿﾝのリハビリ中止基準に関しては、資料１をご参照ください。）**[x] 血圧：　**180**　mmHg 以上　**80**　mmHg 以下　　[ ] 脈拍：　**120**　回／分以上　　**50**　回／分以下[x]  Spo2：　**90**％以下　　　[ ] 安静度：　**室内まで**[ ] 土肥・アンダーソンのリハビリ中止基準に準ずる[ ] 食事制限の内容（ワーファリン食など）：[x] その他留意点・禁忌：　**記入例　転倒注意** |
| 入浴の中止基準　　　　[x] 血圧：　**180**　mmHg 以上　　　　　　mmHg 以下　**通所リハビリなどで入浴される方がいます。****入浴の中止基準をご指示下さい。**[x] 脈拍：　**120**　回／分以上　　**50**　回／分以下　　　[x] 体温：　37．5度 |
| 備考欄**その他、特記事項がありましたら、ご記入下さい。****記入例：家族構成、介護者の有無、生活状況　など** |

須高地域リハビリテーション連絡会　2020.3作成

**資料１：**

**土肥・アンダーソンのリハビリテーション中止基準**

＜運動を行わないほうがよい場合＞

1. 安静時脈拍数120/分以上
2. 拡張　期血圧120mmHg以上
3. 収縮期血圧200mmHg以上
4. 労作性狭心症を出現有するもの
5. 1ヶ月以内の急性期心筋梗塞
6. 心不全の所見の明らかなもの
7. 心房細動以外の著しい不整脈
8. 運動前すでに動悸、息切れのあるもの

＜途中で運動を中止する場合＞

1. 中等度の呼吸困難、めまい、悪心、狭心痛などが出現した場合
2. 脈拍が140/分を超えた場合
3. 10個/分以上のVPCの出現、または頻脈性不整脈、徐脈の出現
4. 収縮期血圧40mmHg以上または拡張期血圧20mmHg以上の上昇

＜運動を一時中止し、回復を待って再開する＞

1. 脈拍数が運動時の30％を超えた場合、ただし2分間の安静で10％以上に戻らない場合は、以後の運動を中止する、または極めて軽労作のものに切り替える
2. 脈拍数が120/分を超えた場合
3. 1分間に10回以上の期外収縮が出現した場合
4. 軽い動悸、息切れを訴えた場合