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  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　（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　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。**  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：　記入例　運動指導  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：　**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。）**  血圧：　**180**　mmHg 以上　**80**　mmHg 以下　　脈拍：　**120**　回／分以上　　**50**　回／分以下  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）：  その他留意点・禁忌：　**記入例　転倒注意** |
| 入浴の中止基準　　　　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。**  脈拍：　**120**　回／分以上　　**50**　回／分以下　　　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