

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	
<u>傷病名（生活活動の低下の原因となった傷病名）</u>		
<u>既往及び合併症</u>		
<u>経過・現状と問題点</u>		
<u>投薬中の薬剤</u>		
<u>リハビリテーション目的・指示内容</u> ☐ 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：		
<u>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</u> ☐ 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：		
<u>入浴の中止基準</u> ☐ 血圧： mmHg 以上 mmHg 以下 ☐ 脈拍： 回/分以上 回/分以下 ☐ 体温：		
<u>備考欄</u>		

須高地域診療情報提供書

記入例

須高地域病院

(受領確認 医師 須坂 太郎 印)

(☒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。

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。

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。

医療機関等の名： 須高地域 かかりつけ医

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

貴施設の情報を記入、ご捺印下さい。

利用者氏名： 小布施 花子 様 性別： ☐男性 ☐女性
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 記憶力 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
☐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・運動負荷の目安

☒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
☐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

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・アンダーソンの中止基準にチェック下さい。
(土肥・アンダ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。)

入浴の中止基準

☒血圧： 180 mmHg 以上 ☐脈拍： 120 回/分以上 50 回/分以下
☐体温： 37.5度

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。

備考欄

記入例：家族構成、介護者の有無、生活状況 など

その他、特記事項がありましたら、ご記入下さい。

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、回復を待つて再開する＞

- 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