

診療情報提供書

令和 年 月 日

医療法人社団翔仁会 介護老人保健施設

エスポワール北広島 担当医宛

病院名

住所

TEL

担当医

印

患者名: 様 性別: 生年月日: 歳

傷病名: 発症日:

既往歴: 介護度:

投薬状況

現在の状況(心身機能面)

| | | | | | | | |
|---------|-----|-------|------|--------|-----|------|-----------|
| 感染症 | 有・無 | 感染症名: | | | | | |
| 高次脳機能障害 | 有・無 | 障害名: | | | | | |
| 失語症 | 有・無 | 認知症 | 有・無 | 失調 | 有・無 | 聴覚障害 | 有・無 (右・左) |
| 摂食嚥下障害 | 有・無 | 構音障害 | 有・無 | 錐体外路症状 | 有・無 | 麻痺 | 有・無 (右・左) |
| 拘縮 | 有・無 | 部位: | | | | | |
| 痛み | 有・無 | 部位: | その他: | | | | |

現在行えている活動の状況

| | | | | | |
|-------|----------|-------|----------|-----------|----------|
| 寝返り | 自立・介助・不可 | 起き上がり | 自立・介助・不可 | 座位 | 自立・介助・不可 |
| 立ち上がり | 自立・介助・不可 | 立位保持 | 自立・介助・不可 | コミュニケーション | 自立・介助・不可 |
| 食事 | 自立・介助・不可 | 移乗 | 自立・介助・不可 | 整容 | 自立・介助・不可 |
| トイレ動作 | 自立・介助・不可 | 入浴 | 自立・介助・不可 | 歩行 | 自立・介助・不可 |
| 階段 | 自立・介助・不可 | 更衣 | 自立・介助・不可 | 排便・排尿 | 自立・介助・不可 |

リハビリテーションの目的(チェック形式)

| | | | | | |
|--------------------------|-----------|--------------------------|--------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | 活動性の維持・向上 | <input type="checkbox"/> | ADLの改善 | <input type="checkbox"/> | 介助量の軽減 |
| <input type="checkbox"/> | その他 | | | | |

推奨されるリハビリテーションの内容(チェック形式)

| | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 評価 | <input type="checkbox"/> | 基本動作(寝返り・起き上がり・座位・立ち上がり・立位) |
| <input type="checkbox"/> | 筋力訓練 | <input type="checkbox"/> | 日常生活動作(更衣・トイレ・食事・入浴等) |
| <input type="checkbox"/> | 移乗・移動(車椅子・歩行) | <input type="checkbox"/> | 日常生活関連動作(掃除・調理・買い物・洗濯等) |
| <input type="checkbox"/> | 巧緻動作訓練 | <input type="checkbox"/> | 言語訓練 |
| <input type="checkbox"/> | 関節可動域訓練 | <input type="checkbox"/> | 嚥下訓練 |
| <input type="checkbox"/> | その他: | | |

症状の経過及び、推奨される訪問リハビリ開始前又は実施中の留意事項・中止基準・運動負荷量など

| |
|--|
| |
|--|