

デイケア利用に関する意見書

介護老人保健施設 シーダ・ウォーク宛

氏名	様 (男 女)		生年月日	明 大 昭	年	月	日	歳
住所	区							
現病歴 治療経過 及び			既往歴					
				* 整形外科疾患の既往があれば術式をお書き下さい				
処方内容								
状態の安定	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (理由:) <input type="checkbox"/> その他()							
リハビリ指示内容	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力強化訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作訓練 <input type="checkbox"/> バランス訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練 <input type="checkbox"/> その他()							
* 1時間程度の移動(送迎)に支障は(ない ・ ある)と認める								
* 施設内での入浴に支障は (ない ・ ある)と認める 施設内での入浴を中止すべき状況 (例: 血圧〇〇/〇〇以上の場合は入浴禁止)								
* 施設内でのリハビリを中止すべき状況 (例: 血圧〇〇/〇〇以上の場合はリハビリ中止)								
平常値	血圧 =	/	mmHg	体温	°C	脈拍	回/分	
* 通所リハビリテーション利用時のその他の注意事項								
* 検査データは6ヶ月以内のものが貴院にあればそれを記入下さい。データがなければ未記入でかまいません。(心電図も同様です。)呼吸器疾患は分かっている疾患があれば記入下さい。なければ未記入でかまいません。								
検査	感染症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
			心電図異常	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
			治療食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 糖尿食(kcal)				
				<input type="checkbox"/> 心臓食(塩分 g) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍食				
				<input type="checkbox"/> その他 ()				
		<input type="checkbox"/> アレルギー ()						
		<input type="checkbox"/> 水分制限 ()						

上記のとおり診断します

年 月 日

※高齢者健診等のデータがある場合はコピーを添付して下さい。

※緊急時に際し施設から指示を仰がれた場合

医療機関名

(応ずる ・ 否)

所在地

※施設から本人の健康状態(口腔機能も含む)について助言を仰がれた場合

電話番号

(応ずる ・ 否)

医師名

