介護老人保健施設 蒼生の杜

リハビリテーション依頼書兼診断書

氏　名	男・女	利用形態	通所リハビリ
生年月日	M・T・S　年　月　日	介護度	要支援　1　2　申請中 要介護　1　2　3　4　5

身長　cm　体重　kg　血圧　／　mmHg　脈拍　／分

【診断名および経過】

【リハビリテーションの目的】《理学療法・作業療法・言語療法》

・ 歩行能力向上　・ 活動性向上　・ ADL向上　・ 功緻性向上
・ 移動能力向上　・ 疼痛軽減　・ 失語症改善　・ 構音性向上
・ その他（　　）

【現症および検査等】

高血圧［ 無 ・ 有 ］　糖尿病［ 無 ・ 有 ］
呼吸器疾患［ 無 ・ 有 ］　心疾患［ 無 ・ 有 ］
認知症［ 無 ・ 有 ］(軽度 ・ 中等度 ・ 高度)
視力障害［ 無 ・ 有　右 ・ 左 ・ 両　］
聴力障害［ 無 ・ 有　右 ・ 左 ・ 両　］(軽度 ・ 中等度 ・ 高度)
感染症［ 無 ・ 有 ］MRSA・HCV 抗体・HBS 抗原・ガラス板法・TPHA法・その他（　　）
皮膚疾患［ 無 ・ 有 ］疥癬・その他（　　）
意思疎通［ 良好 ・ やや困難 ・ 困難 ］(　　)
問題行動［ 無 ・ 有 ］(　　)
その他［ 無 ・ 有 ］(　　)

【禁忌および特記事項】

【上記のごとく依頼および診断致します。】
リハビリテーションの実施・デイケアの利用に問題は［ 無 ・ 有 ］

【 備 考 】
入浴可能血圧値（　～　）mmHg　以下

書類作成日：　年　月　日
医療機関名：
住　所：
T E L：
医師名：　㊞