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: 平成　年　月　日
医療機関名:
住　所:
T　E　L:
医師名:　㊞