

リハビリテーション依頼書兼診断書（時短コース用）

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] 胸 部 X 線 [異常 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] ()			
(禁忌及び特記事項)			
【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 】 運動可能血圧値 () mmHg			

書類作成日： 年 月 日

医療機関名：

住 所：

T E L：

医 師 名：