

# 情報提供書

医療法人財団 梅田病院  
通所リハビリテーション

年 月 日

医療機関名  
所在地  
TEL  
医師名

印

利用者	氏名		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
	住所			電話	( )

傷病名		既往歴	
-----	--	-----	--

治療経過			
------	--	--	--

感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	最終検査日	年 月 日
-----	---	-------	-------

現在の処方			
-------	--	--	--

リハビリ指示	最高血圧	mmHg以上	mmHg以下	
	最低血圧	mmHg以上	mmHg以下	
	SPO2	%以下		リハビリ中止とする
	禁忌及び注意事項			

入浴	入浴時の注意事項
----	----------

ADL等	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	痴呆の症状	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	歩行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 車椅子
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> オムツ(昼・夜・終日) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助

身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位( )	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位( )
	装着器具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位( )	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位( )
	処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容( )		
	日常生活上の注意事項			

食事	治療食	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容( )
----	-----	---

備考			
----	--	--	--