令和　　年　　月　　日

住　　所：

電　　話：　　医療法人みゆき会

医　師　名：　　飯山介護老人保健施設みゆき　担当医宛

通所リハビリテーション情報提供書

訪問リハビリテーション診療情報提供書（指示書）

患者氏名　　様	☐ 男 ☐ 女	生年月日	T・S・H	年　　月　　日
疾患名				
症状・治療・状態				
服用中の薬				

留意事項等（いずれかに必ずご指示下さい）		リハビリテーションの目的（必ずご指示下さい）
留意事項	☐ 転倒　☐ 骨折　☐ 痛み　☐ 血圧変動 ☐ 不整脈　☐ 発熱　☐ 低血糖　☐ 呼吸症状 ☐ めまい　☐ その他	☐ 身体機能の維持改善 ☐ 精神機能の維持改善 ☐ 日常生活活動訓練
中止基準	☑ 上記所見が認められた時 ☐ 脈拍数　　回/分以上 ☐ 収縮期血圧　　mmHg以上 ☑ 拡張期血圧　　mmHg以上 ☐ その他　（　　）	☐ QOLの向上 ☐ 社会参加活動移行への支援 ☐ 福祉用具・生活環境への調整及び整備 ☐ 家族指導 ☐ その他　（　　）
運動負荷	☐ Ⅰ：特別なリスクは無く、運動量はその年齢に応じて普通に行ってよい。 ☐ Ⅱ：いくらか問題はあるが、運動量は中等度で行ってよい。 ☐ Ⅲ：問題があり要注意である。運動は軽度で見守りを要する。	

食事　☐ 常食　☐ 心臓病食　☐ 糖尿病食　☐ 高血圧食　☐ その他　（　　）

制限　（カロリー：　　水分：　　その他：　　）

経管栄養など　（　　）

入浴　（注意事項をご記入ください）

※血圧　　mmHg以上の場合は入浴中止

特記事項（通所・訪問リハビリに対する助言、禁忌等）

☐　日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修の単位を取得している