

診療情報提供及びリハビリテーション指示書

甲府かわせみ苑

通所リハビリテーション

記入日 令和 年 月 日

氏名	性別	生年月日
殿	男・女	M・T・S 年 月 日
主たる傷病名		
現在の病状・状態		
リハビリの指示事項		
<input type="checkbox"/> 拘縮予防	<input type="checkbox"/> 歩行訓練	<input type="checkbox"/> A D L 訓練
<input type="checkbox"/> 筋力強化訓練	<input type="checkbox"/> 認知機能面への訓練	<input type="checkbox"/> 物理療法
<input type="checkbox"/> その他		
特記すべき留意事項		
<input type="checkbox"/> 体温 _____ °C	<input type="checkbox"/> 脈拍 _____	
<input type="checkbox"/> 血圧 中止基準 _____ mmHg 以上 / _____ mmHg 以下		
<input type="checkbox"/> その他の症状 _____		
<input type="checkbox"/> 禁忌事項 _____		

医療機関名

住所

電話番号

医師名

印