

診療情報提供書

高松協同病院
北原 紀子 医師

紹介元医療機関の住所地及び名称
電話番号

医師氏名

印

患者氏名	様	男・女	M/T/S	年	月	日	生まれ	歳
住所	電話番号()							—
傷病名								
既往歴					合併症			
症状及び治療の経過と治療法					処方			
必要処置 喀痰吸引:(必要・不要) 経管栄養:(有 (鼻腔・胃瘻)・無) 気管カニューレ:(有・無) 尿バルーンカテーテル:(有・無) その他()								
感染症: 梅毒() HBs抗原() HCV() 結核() 疥癬() その他()								
アレルギー(有・無)					褥瘡(有・無) 部位:			
リハビリテーションの方針					かかりつけ医(有・無)			
禁忌事項 <input type="checkbox"/> : 低・高血圧。運動時 _____ 以下・以上にならないよう負荷調整。安静時 _____ 以下・以上時は主治医連絡 <input type="checkbox"/> : 頻・徐脈。運動時 _____ 以下・以上にならないよう負荷調整。安静時 _____ 以下・以上時は主治医連絡 <input type="checkbox"/> : 低血糖。空腹時のリハビリを控える。低血糖症状に注意。 <input type="checkbox"/> : 呼吸器症状。安静時SPO2 _____ % 以下、運動時SPO2 _____ % 以下でリハビリ中止。 <input type="checkbox"/> : 在宅酸素使用中。通常安静時 _____ L、運動時 _____ L 使用。運動時最大 _____ L まで増量可能。 <input type="checkbox"/> : 人工関節。 _____ 関節に関して易脱臼。 禁忌肢位 _____。								
リハビリ指示事項					物理療法			
<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練(四肢、上肢: 右・左、下肢: 右・左、体幹、頸部)					<input type="checkbox"/> ホットパック: 部位()			
<input type="checkbox"/> 筋力訓練(四肢、上肢: 右・左、下肢: 右・左、体幹、頸部)					<input type="checkbox"/> 牽引: _____ kg			
<input type="checkbox"/> バランス訓練(座位、立位)					部位() _____ 分			
<input type="checkbox"/> ADL訓練(食事動作、更衣動作、整容動作、入浴動作、トイレ動作)					<input type="checkbox"/> 干渉波: 部位()			
<input type="checkbox"/> 歩行訓練					<input type="checkbox"/> 低周波: 部位()			
<input type="checkbox"/> 呼吸訓練					<input type="checkbox"/> マイクロ波: 部位()			
<input type="checkbox"/> 各種体操指導()								
<input type="checkbox"/> 高次脳機能訓練					<input type="checkbox"/> その他 ()			
<input type="checkbox"/> 摂食機能訓練								
<input type="checkbox"/> 言語訓練								