

健康情報提供書

(短時間利用 様式)

令和 年 月 日作成

介護老人保健施設放ふれあいセンター
担当医 宛て

郵便番号・住所：



医療機関名：

医師名：

印

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------------|------------|------------------------------|--------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 1.大正 年 月 日生 2.昭和 () 歳 | |
| 氏名 | | 男・女 | | | |
| 現住所 | 〒 — ☎ | | | | |
| 既往歴 | | | | | |
| 主病名 | | | | | |
| 現病歴 | | | | | |
| 処方内容 | | | | | |
| 身体機能障害の部位 | | | | | |
| 身体機能障害の理由 | <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| リハビリテーションによる機能改善 に対する具体的指示・目標 | | | | | |
| 精神の状況 | | | | | |
| リハビリを中止すべき バイタル値 (該当項目があれば) | 体温： | °C以上 | SpO2： | %以下 | |
| | 脈拍： | 回/分以上、または | | 回/分以下 | |
| | 血圧： | 1.収縮期 2.拡張期 | mmHg以上、または | 1.収縮期 2.拡張期 | mmHg以下 |
| | その他： | | | | |
| 運動の留意点 禁忌事項 | | | | | |