診療情報提供書（通所サービス用）

ふりがな 氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日	年齢	歳
診断名		処方（コピーの添付可）	
既往歴			
認知症	無 ・ 有	認知症自立度　Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲ ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ	
※胸部X－P （必要時のみ）	異常なし　・　異常あり		
リハビリの 中止基準 ※アンダーソンの基準値	□ 以下の基準とする　□ ※アンダーソンの基準でよい 安静時脈拍数（　　）／分以上　※120 拡張期血圧（　　）以上　※120 収縮期血圧（　　）以上　※200 運動中脈拍が（　　）を越える　※140 収縮期血圧が（　　）上昇した場合　※40 拡張期血圧が（　　）上昇した場合　※20 その他（　　）		
リハビリを 行う上での 注意事項			
電気治療	可　・　不可		

上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用（ 可 ・ 否 ）と認めます。

西暦　　年　　月　　日

医療機関名　名称

所在地

電話

医師氏名

※有効期限は作成から3か月以内となります。

※文書作成料は実費負担になる可能性がございます。

詳細につきましては作成される病院（施設）へお問い合わせください。

介護老人保健施設　はつかり
通所リハビリテーション

2021/3/27作成