

## 通所リハビリテーション指示（依頼）書

平素からお世話になっております。ご多用中、誠に恐れ入りますがデイケア利用にあたり、下記の点について、先生のご指導・ご意見を頂戴いたしたく存じます。今後ともご指導の程、よろしくお願いいたします。

患者名：	生年月日： T・S 年 月 日
住所：	
主病名（生活機能の低下になった原因疾患）	
通所リハビリの適応 可 ・ 否 （理由： ）	
指示期間 有・記載日より終了時まで （ 有の場合記載日から 年 月 日 ）	
リハビリテーションの目的：	
リハビリテーションの内容： <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 寝返り/起き上がりなどの基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 歩行/移動訓練 <input type="checkbox"/> ADL 訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 口腔機能・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 家族への介助方法指導 <input type="checkbox"/> 住環境の調整検討(手すり・福祉用具選定) <input type="checkbox"/> その他( )	
リハビリテーション開始前または実施時の注意事項	
リハビリ・入浴中止基準： <input type="checkbox"/> 収縮期血圧 _____ mmHg 以上 / 拡張期血圧 _____ mmHg 以上  収縮期血圧 _____ mmHg 以下  <input type="checkbox"/> 脈拍 _____ <input type="checkbox"/> _____ 回/分 以上  <input type="checkbox"/> その他 ( ) 負荷量 ※運動量・荷重量等	
禁忌・その他注意事項：	

年 月 日

医療機関

主治医