介護老人保健施設ごぎょうの里　診療情報提供書（訪問リハ）

氏名　　様	男・女	Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　　歳）	
現疾患（添付可）		既往歴 ☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 脂質異常 ☐ 心疾患　（　　） ☐ その他　（　　）	
現在の状況	【病状の今後の見通し】　☐ 改善　☐ 不変　☐ 悪化・進行 【服薬指示】　☐ 無　☐ 有 投薬内容（複写添付可能）		
医学的管理	☐ 無　☐ 有　（下記の項目にチェックを入れてください） ☐ 酸素療法（　　/ min）　☐ 吸引　☐ 経管栄養（経鼻 ・ 胃瘻 ・ その他） ☐ 血糖値測定　☐ 褥瘡　☐ 人工肛門、人工膀胱　☐ 気管カニューレ　☐ 透析 ☐ その他　（　　）		
身　長	cm	体　重	kg
感染症の有無	☐ 無　☐ 有　（下記の項目にチェックを入れてください） ☐ 疥癬　☐ MRSA（現在症状がなく検査不要 ・ ＋ ・ －） ☐ 肺結核　☐ 胸部X線（20　　年　　月）　所見（　　） ☐ その他　疾患名：		
口腔・栄養に関する注意点	口腔機能向上、栄養改善に関して、サービス実施する上での指示・指導内容 ☐ 無　☐ 有　☐（口腔）　注意事項： ☐（栄養）　注意事項：		
リハビリテーション注意点	リハビリテーション実施時の注意点・運動時の禁忌事項 ☐ 特に無し　☐ 有（空欄にご記入お願いいたします）		
運動の中止基準　☐ 無　☐ 有 血圧　　/　　mmHg以上　　/　　mmHg以下 体温　　℃以上 脈拍・呼吸についての中止事項　（　　）		入浴の中止基準　☐ 無　☐ 有 血圧　　/　　mmHg以上　　/　　mmHg以下 体温　　℃以上 脈拍・呼吸についての中止事項　（　　）	

上記のとおり診断します。

年　　月　　日

医療機関名
所在地
医師名　　㊞
電話：　　FAX：

※可能でしたら過去6ヶ月以内のデータをご記入願います。
何か不都合がありましたらごぎょうの里施設医師までご連絡ください。（電話：0296－25－5710）

2025.9Ver.