

診療情報提供書

医療法人社団 カタクリの会

介護老人保健施設 カタクリの花 苑

(通所リハビリテーション用)

ふりがな		生年月日	年齢
氏名		様 (男・女) 大・昭・平	年 月 日 (才)
病名			
既往歴			
現病歴			
投薬			
通所	可 ・ 不可 注意事項 ()		
リハビリ テーション	運動療法 (可 ・ 不可) 作業療法 (可 ・ 不可) 温熱療法 (可 ・ 不可) 注意事項 ()		
入浴	普通浴 ・ シャワー浴 ・ 不可 注意事項 ()		
食 形 態	主食	米飯 ・ 米飯粥MIX ・ 全粥 ・ 粥ミキサー	
	副食	普通食 ・ 一口大食 ・ カット食 ・ ソフト食 ・ ペースト食	
	水分	トロミなし ・ トロミあり	
備考			

※リハビリテーション・入浴の中止は、下記の基準にて行っております。

病状により別の制限がある場合は、注意事項欄にご記入をお願いします。

★収縮期血圧90mmHg以下・160mmHg以上 ★拡張期血圧100mmHg以上

★安静時脈拍数40/分以下・120/分以上 ★体温37℃以上 ★SPO2 90%以下

★動悸、息切れ、胸痛、めまい、冷感、嘔気がある場合

		医療機関名
		住所
令和	年 月 日	電話
		診療科
		医師名