

# 意見書

けんちの苑すみだ川 通所リハビリテーション 利用者用

利用者	フリガナ			男・女	生年月日
	氏名				明・大・昭 年 月 日
	住所	区 丁目 番 号			
現在加療中の病名・症状名			既往歴		
服用薬					
診察時の所見	<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 皮膚に異常がみられる場合はその所見 <input type="checkbox"/> その他の異変				
	入浴サービスの提供	適 ・ 不適			
	口腔機能向上サービス	必要 ・ 不要			
	褥瘡	ない・ある	程度 ( )		部位 ( )
	精神疾患	ない・ある	診断名・症状 ( )		
リハビリ開始又は実施中の留意事項		リハビリ中止基準		リハビリにおける負荷	
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒・転落に注意する <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 38℃以上の熱発 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> SpO2( )%以上で実施可 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
介護において必要な注意点【感染症・慢性疾患(心臓疾患等)など】					

年 月 日

医療機関名

所在地

医師

電話

印