

# 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
	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	○血圧					
	○皮膚に異常がみられる場合はその所見					
	○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