

# 別紙1

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男・女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日( 歳) 職業	

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)	紹介目的
-------------------------	------

既往歴及び家族歴
----------

症状経過、検査結果及び治療経過
-----------------

現在の処方
-------

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 (有効期限：年 月 日～年 月 日)
--------------------------------------------------------------------------

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
-------------------------------------------------

認知症高齢者の日常生活自立度：自立 a b a b M
-----------------------------

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに)									
移動	自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望
-----------

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)
-----------------------

備考
----

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等:

記入例: 通所リハビリテーション 在宅

担当医

科

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
電話番号	- -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (75歳) 職業 無職(元専業主婦)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) #1 変形性膝関節症(右側) 55歳~ #2 生活不活発病(廃用症候群) 膝痛のため(70歳~) 感冒による臥床(平成18年2月) (今回のリハビリテーション実施の主な要因)	紹介目的 通所リハビリテーション終了にあたってのご報告
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

既往歴及び家族歴

平成18年2月、感冒による臥床のために生活不活発病が急激に増悪した。生活不活発病の改善を主目的として平成18年4月より週2回通所リハビリテーションを開始した。

症状経過、検査結果及び治療経過

平成18年4月膝関節痛を生じにくい家事の方法を指導し、更に屋外歩行の範囲の拡大を図った。杖を使うことで外出が自立可能となり、平日の家事が自立したため、リハビリテーションを終了した。今後、日常生活の中での活動性向上を指導すれば更なる改善が見込まれる。

現在の処方

要介護状態等区分: 要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5  
(有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 a b a b M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに)									
移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

本人: 元のように家事もして、外出もしたい。俳句の会にもまた通いたい。  
家族: 平日は家事ができるくらいに元気になって欲しい。(嫁が平日はパートに出るため)

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

膝関節痛が増悪した時に再び活動性が低下すること。

備考

本人は当機関でリハビリテーションを開始するまでは杖に頼ってはいけないと思い込んでいた。(但し、本人は杖を使用して外出する方が良いとは十分に納得されていない様子あり。)

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

紹介先医療機関等:

担当医

科

記入例:施設 在宅

殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関等の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	
患者住所	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
電話番号	- -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 80 歳) 職業 無職(元会社員)

傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等) # 1 脳出血(左被殻出血)(平成17年12月日) # 2 右片麻痺	紹介目的 退所にあたってのご報告及び継続治療のご依頼
------------------------------------------------------------------	-------------------------------

既往歴及び家族歴

70歳ごろより近医にて高血圧症を指摘されるがその後通院せず放置していた。平成17年12月に脳出血を発症し、右片麻痺を呈し、病院に入院、治療となった。その後、症状が安定したため、平成18年1月に急性期のリハビリテーション目的でリハビリテーション病院に転院し、平成18年4月当施設に入所した。

既往歴：高血圧、他特記無し  
家族歴：父 高血圧

症状経過、検査結果及び治療経過

入所時は、車椅子での移動であったが、居室棟での歩行訓練や介助歩行にまず重点をおき、四脚杖と短下肢装具を用いることで1ヶ月で居室棟歩行は自立し、その後、自宅の近くの坂道を上れる程度となった。試行的退所の際に、自宅内での身の回り行為(ADL)は自立を確認した。趣味の盆栽や囲碁も片手でできるようになった。

現在の処方

要介護状態等区分：要支援1 要支援2 経過的要介護 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5  
(有効期限：年 月 日～年 月 日)

障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)：自立 J1 J2  A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度：自立  a b a b M

日常生活活動(ADL)の状況(該当するものに)									
移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助
排泄	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	入浴	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全面介助
着替	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全面介助

本人及び家族の要望

本人：今後も身の回りのことは一人でやっていきたい。いつまでも家の中だけでなく町内会の人達と接していきたい。趣味の盆栽の手入れや囲碁も続けたい。  
家族：日中は一人で生活できる事を続けて欲しい。

現状の問題点・課題(今後予想されるリスク)

まだ体力の回復が不十分であるため、退所すぐは長時間外出したり長い距離を歩くことを避けるようお願いしたい。

備考

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名等の欄に紹介先介護保険施設、保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。