

様 ご担当の主治医の先生御机下

平素は医療法人社団雪嶺会東京リハビリ整形外科クリニック おおたへのご理解、ご協力賜り厚く御礼申し上げます。

この度、上記の患者様が当通所リハビリのご利用を希望されております。つきましては、サービス利用にあたって主治医の指示（リハビリ実施に関しての同意）が必要になります。お忙しい中とは存じますが、別紙の指示書（情報提供書）への記入をお願い申し上げます。

なお、入院等によりご利用者様の健康状態に変化があった時など必要が生じた際には再度指示書の処方をお願いをしておりますので、その際にはご協力のほどよろしくお願いいたします。

ご不明な点がございましたら、お手数ですが当クリニックにお問い合わせください。

<記入時の注意事項>

- 1、本指示書は利用初回及び医療機関退院後および利用者の状態変化時に必要になります。
- 2、可能であれば画像診断フィルム、検査記録の添付をお願いいたします。
- 3、紹介先が護憲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、保健所名等をご記入ください。また、患者様住所及び電話番号の記入をお願いいたします。
- 4、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）および認知症高齢者の日常生活自立度については下記の表をご参照ください。
- 5、DNRはdo not resuscitateの略称です。
- 6、必要に応じて別紙への記載および添付をお願いいたします。

< 障害高齢者の日常生活自立度 >

自立生活	ランクJ	何らかの障害を有するが、日常生活は、ほぼ自立しており独自で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 臨近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドでの生活が主体であるが座位を保つ 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車椅子に移乗する
	ランクC	日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力で寝返りをうたない

< 認知症高齢者の日常生活自立度 >

【参考】

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

医療法人社団雪嶺会東京リハビリ整形外科クリニック おおた 通所リハビリテーション指示書

医療機関等の所在地及び名称：

電話番号：

医師氏名：

印

利用者氏名： _____ 様 性別： 男 ・ 女	
住所： 生年月日： 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳） 職業：	
緊急時の連絡（指示医へ第一連絡・指示を仰ぐ/救急隊及び対応委へ委任） 急変時の入院希望（無し・有り）： _____ 病院）電話番号：	
傷病名（発症、受傷日等）	血圧 / mmHg 1. 安定 2. 高め傾向 3. 低め傾向 4. 変動大
症状： 1.安定、2.やや安定、3. その他（ _____ ） DNR（人口呼吸器等による延命措置を希望しない）： 1.確認 2.未確認	
既往歴	症状経過
運動時の注意事項（血圧上限など）	現在の処方
認知機能低下の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	口腔機能低下の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
食物・薬物アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ）	
要介護状態区分：要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	
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 I IIa IIb IIIa IIIb IV V	
日常生活自立度（ADL）の状況（該当するものに○）	
移動	自立 見守り 一部介助 全介助
食事	自立 見守り 一部介助 全介助
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助
着替	自立 見守り 一部介助 全介助
整容	自立 見守り 一部介助 全介助
本人及び家族の要望：	
紹介目的 ① 身体機能の維持・改善 ⑤社会性の向上 ② ADL/IADL 能力維持・改善 ⑥介護負担軽減 ③ 精神的活動維持・向上 ⑦その他 ④ 廃用症候群改善（ _____ ）	備考：（この一年での変化等） この三ヶ月以内の入院歴（有・無） _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院中のリハビリの実施（有・無）
現状の問題点・課題（今後予測されるリスク）	医療法人社団雪嶺会 東京リハビリ整形外科クリニック おおた 通所リハビリテーション（1315622212） 〒144-0052 東京都大田区蒲田 1-9-11 電話 03-6424-7602 /FAX 03-6424-7609