令和　　年　　月　　日

通所リハビリテーション指示書	かかりつけ　： 主治医　：

利用者氏名	様	男・女	生年月日	大正　・　昭和 年　　月　　日 （　　歳）
疾患名				
障害名		合併症		

病歴・主要症状

治療内容

- □ 関節可動域訓練
- □ 筋力増強訓練
- □ 筋再教育訓練
- □ 基本動作訓練
- □ 歩行・応用動作訓練
- □ ADL訓練
- □ 高次脳機能訓練
- □ 自転車エルゴメーター
- □ 物理療法（干渉波　・　ホットパック　）
- □ その他

治療上のリスク及び中止条件

・血圧　（　　mmHg）以上・（　　mmHg）以下で実施不可
・脈拍　（　　回/分）以上・（　　回/分）以下で実施不可
・体温　（　　℃）以上で実施不可
・関節運動　＿＿＿＿関節　（屈曲・伸展・外転・内転・外旋・内旋）　＿＿＿＿°まで
　　＿＿＿＿関節　（屈曲・伸展・外転・内転・外旋・内旋）　＿＿＿＿°まで
・禁忌　□ しゃがみ込み禁止　□ （右・左）股関節　屈曲・内転・内旋　禁止
　　□ 干渉波禁止　□ （右・左）手　血圧測定禁止（　　の為）
・その他

治療目標・その他