

通所介護 御報告 と ご指示の依頼

2018/〇/〇

〇〇様 主治医 先生 御待史

平素より 小さな通所介護 太陽と鳩たちの地域リハビリテーション活動につきましてご理解、ご支援をいただき 深く感謝申し上げます。

貴院通院中の 〇〇様 (〇才 稲敷郡 〇〇在住)

担当介護支援専門員 ケアプランセンター〇〇 〇〇様のご支援をいただき当通所介護の個別機能訓練のご利用を頂いております。

つきましては 当施設での生活機能改善へ向けたアセスメントの御報告をさせていただきます。今後の個別機能訓練・生活支援のプログラムにつきましてご意見・御指示をいただきたくお願い申し上げます。

作業療法士による 生活課題抽出

自宅でピックアップウオーカーを活用し安全に歩きトイレへ行くことができる
左肩周囲がほぐれ 右手で体を支えたままのズボンパンツの上げ下げ 食事時の支えができる
骨盤周囲・下肢がほぐれ支持性・バランス向上することで自宅内でご家族の負担を減らす
体力が伸び 認知機能・コミュニケーションが拡大し 他者と交流して活動的に過ごし認知症予防

個別機能訓練・生活支援に際しての留意点 (原案)

左肩周囲の骨・関節構造の変化・骨のもろさ 下腿の皮膚のもろさ循環不全
1年半ほど前の転倒による腸骨折・褥瘡既往・糖尿病・高血圧 (今は服薬で小康)

リハビリテーションプログラム (原案)

別紙をご参照くださいませ
左頸部・背部をマイルドに緩め 肩甲帯の動きを引き出すモビライゼーション後
肩鎖関節のモビライゼーション 肩関節周囲の緩め で準備
無理のない範囲で アクティブ (自動運動) で動きを改善していきたいと考えます
常勤作業療法士が 慎重に行いますので ご許可いただけますでしょうか

上記プログラム案 個別機能訓練につきましては常勤作業療法士1名・非常勤作業療法士3名で担当いたします。ご承認をいただけますでしょうか。

又、留意すべき点につきまして御指示いただけましたら幸いです。

主治医先生 ご意見・ご指示

認印またはサインをお願いいたします