

LSVT LOUD（訪問リハビリ）相談票

おひさまクリニック湘南宛

TEL 0467-55-2515 / FAX 0467-55-2516

相談日 年 月 日

相談者	フリガナ	所属病院（診療所）				
	氏名	連絡先				
	職種					
利用者 情報	フリガナ	性別	男性	・	女性	
	氏名	年齢	歳			
	住所					
	連絡先電話番号					
	キーパーソン様の氏名					
	キーパーソン様の連絡先					同居 別居
	自宅の駐車スペースの有無	有	無			
	主治医					
	直近3か月の入院歴	無	有	（退院日	年	月 日）
	現病歴					
	既往歴					
	Hoehn & Yahrの重症度	I	II	III	IV	V
	介護保険 有（介護度	）		無	今後取得の予定	
	ケアマネージャー					
ケアマネージャー事業所						
LSVT LOUDの 利用条件 チェック表	☐ 週4回（連続）×4週間＋初期・最終評価の合計18回のリハビリが可能 ☐ 症状が安定していること（服薬の調整ができています） ☐ リハビリや自主トレーニングに意欲的であること ☐ 医師の判断により、LSVTによる改善が見込めること ☐ 「大きい声で！」と声をかけると動作や声の大きさに変化が生じること ☐ Hoehn & Yahr1-3程度(意欲があればHoehn & Yahr4の方も対応可)					

お願いとご連絡

◎LSVT LOUDのスケジュールを患者様と調整するため、担当者から折り返しの連絡があることをご利用者様とキーパーソンの方へお伝えください。

◎スケジュール調整し開始日が決定した後に、主治医の先生へ診療情報提供書の依頼をいたします。