

通所リハビリテーション用 診療情報提供書

ふりがな 氏名			男	生年月日		
			女	明・大・昭	年	月 日 ( 歳 )
住所						
現病名	1.	発症年月(昭・平 年 月頃)				
	2.	発症年月(昭・平 年 月頃)				
	3.	発症年月(昭・平 年 月頃)				
既往症	1.	発症年月(昭・平 年 月頃)				
	2.	発症年月(昭・平 年 月頃)				
	3.	発症年月(昭・平 年 月頃)				
症状経過 (入院期間等の記載含)	ALB( g/dl)検査日: 年 月 日					
処方内容 (外用薬含)						
身体状況	身長: cm , 体重: kg , 血圧: / mmHg , 脈拍: 回/分					
感染症	HCV( ), HBs 抗原( ), 抗体( ), MRSA( (咽頭) ), その他( )					
アレルギーの有無 (食品・薬剤・他)	無・有 ( )		結核の既往	無・有 ( 歳頃)		
皮膚疾患(疥癬等)						
寝たきり度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
認知症度	正常 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M					
<b>※ 要 記 入</b> リハビリ・入浴などを行なうにあたっての注意事項等(血圧の上制限や脈拍など)	<b>リハビリ</b> 可能血圧目安 ⇒ 収縮期 ~ / 拡張期 ~					
	<b>入浴</b> 可能血圧目安 ⇒ 収縮期 ~ / 拡張期 ~					
	<b>脈拍について</b> リハビリ及び入浴の可能脈拍目安 ~ (徐脈・頻脈)					
	<b>リハビリ・その他の注意事項等:</b>					

平成 年 月 日

医療機関の名称

所在地・電話番号

医師名: