

診療情報提供書

(通所リハビリ用)

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
診断名				
既往症				
治療状況	往診・通院 (回/月)			
処方内容				
身体情報	血圧	通常値 (mmHg / mmHg) 入浴可能範囲 (mmHg / mmHg)		
	麻痺	無・有 (右 ・ 左 ・ 上肢 ・ 下肢)		
	痴呆	無・有 (病名) ・ 不明		
	胃ろう・カテーテル等	無・有 ()		
	身長・体重	cm : kg		
	食事制限	無・有 ()		
	アレルギー	薬物：無・有 () / 食物：無・有 ()		
	感染症疾患	皮膚疾患	褥瘡 : 無・有 (部位) 疥癬 : 無・有 *疥癬発症したかたは治癒証明書を添えていただくようお願いいたします。	
		胸部X線	肺結核：無・有 *6ヶ月以内[撮影年月日 (年 月 日)] 喀痰の有無：無・有	
	*喀痰・バルーン・褥瘡等の有る方は MRSA の有無を検査し、必ず検査結果のコピーを貼付して下さい。			
留意事項	1、食事・生活上の事項 2、リハビリ指導上の事項 3、入浴時の事項			

年 月 日

病院名

所在地

医師名

TEL

印