

通所リハビリテーション診療情報提供書

記入日 年 月 日

入院中 (退院予定日 年 月 日)

在宅 (3か月以内の退院、退所日 年 月 日)

患者様情報

氏名(フリガナ)	性別	生年月日
殿	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

自宅住所

TEL - -

現病歴	発症年月日(年 月頃)
	発症年月日(年 月頃)
	発症年月日(年 月頃)

既往歴	発症年月日(年 月頃)
	発症年月日(年 月頃)
	発症年月日(年 月頃)

現在の病状・治療	
----------	--

現在の処方 (処方箋コピーで可)	
---------------------	--

障害の有無	上肢	有・無	下肢	有・無	聴力	有・無	視力	有・無
	嚥下	有・無						

身体状況	最近の健康診断データ・採血データの添付をお願い致します。
------	------------------------------

感染症	不明 なし あり () (年 月 日頃) 結核の既往 無・有(年 月 日頃) 皮膚疾患(疥癬等) 無・有
-----	--

寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
-------	----------------------------

認知症度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
------	-----------------------------

アレルギー有無 (食品・薬剤・他)	不明・無・有()
----------------------	-----------

※要記入 リハビリ・入浴等に関する注意事項等	リハビリ	可能	収縮期	～	／	拡張期	～
	入浴	可能	収縮期	～	／	拡張期	～
	リハビリ・その他の注意事項等:						

通所リハビリテーションの利用に関して(可 ・ 不可)と思われる。

医療機関 (所在地 医療機関名 医師名)

