

診療情報提供書(通所・訪問リハビリ)

ふりがな 氏名	性別 男・女	M・T・S	年	月	日生	
診 断 事 項						
身長	cm	体重	kg	血圧	/ mmHg	
				脈拍数	/分	
				不整脈	無・有	
障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
装着医療機器等	ネブライザー・吸引器・留置カテーテル・経管栄養（経胃・経鼻）気管カニューレ・酸素療法・その他（ ）					
感 染 症	B型肝炎（無・有）C型肝炎（無・有）MRSA（無・有）					
	※可能な限り検査の実施の上、結果を添付してください。 ※3か月以内の入院時のデータでも可。コピーを添付ください。 ※その他感染症があれば記載してください。					
	その他 感染症					
	※検査の必要性がないと判断された場合		理由：			
	は下欄へ理由の記載をお願いします。					
検査データ	※胸部X線、心電図、血液検査等のデータがあれば、最新のものをコピー添付してください。					
褥瘡（過去3か月）	（無・有）部位：			発症時期	年 月 日	
誤嚥性肺炎（過去6か月）	（無・有）			発症時期	年 月 日	
現病歴		疾患名		既往歴		
①	年 月 日			①	年 月 日	
②	年 月 日			②	年 月 日	
③	年 月 日			③	年 月 日	
④	年 月 日			④	年 月 日	
⑤	年 月 日			⑤	年 月 日	
投薬内容	※処方箋等の別紙添付でも可					
特記すべき留意事項	※リハビリ・入浴時のバイタル制限の中止基準あればご記入ください。 ※リハビリ・入浴時・食事の際の注意点・禁忌事項・アレルギーなどあればご記入ください。					
上記のとおり情報提供します。				年	月	日
医療機関名			医師名			