

診療情報提供書

医療法人 啓仁会
介護老人保健施設 三鷹ロイヤルの丘 施設長殿

患者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
要介護認定区分	要支援(1・2)	要介護(1・2・3・4・5)		
現病歴 及び 治療歴	既往歴			
処方内容				
状態の安定	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 (理由: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
状態確認	40分～50分程度の移動(送迎)	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 支障なし	
	施設内での入浴	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 支障なし	
	リハビリ	<input type="checkbox"/> 支障あり	<input type="checkbox"/> 支障なし	
血圧・脈 ※必ずご記入下さい	BP / P	身長・体重	cm kg	
	入浴可能		リハビリ可能数値	
	BP / 脈 P ~ BP / P 迄	BP / 脈 P ~ BP / P 迄	BP / 脈 P ~ BP / P 迄	
感染症	HBS抗原 - + HBS抗体 - +	HCV抗体 - +	TPHA - + 検査日 年 月	
結核既	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
通所リハビリテーション利用時の注意事項(送迎・入浴・その他)				
※検査データは6ヶ月以内のものが貴院にある場合のみ、それをご記入下さい。 ※呼吸器疾患、心電図異常はわかっている場合のみ、それをご記入ください。				
検査		呼吸器疾患		
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)		
		心電図異常		
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(_____)		

※高齢者検診等のデータがある場合には _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
コピーを添付してください。

(紹介元) 医療機関名
住所
電話・FAX
医師氏名