

診療情報提供書

年 月 日

介護老人保健施設 かすみがうら

医師 倉持 公博 宛

医療機関名 _____

医師名 _____

| | | |
|---------------------------|--|----------------|
| 氏名 | 性別 男・女 | |
| | 生年月日 M・T・S | 年 月 日 歳 |
| 疾患名 | | |
| | 年 月 | 年 月 |
| | 年 月 | 年 月 |
| | 年 月 | 年 月 |
| 既往歴 | | |
| | 年 月 | 年 月 |
| | 年 月 | 年 月 |
| | 年 月 | 年 月 |
| 症状及び治療経過・今後の治療方針 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| リハビリテーションの目的 | | |
| | | |
| | | |
| リハビリテーション・日常生活における禁忌・注意事項 | 中止基準(<input type="checkbox"/> 開始前 <input type="checkbox"/> 実施中 <input type="checkbox"/> なし) | |
| | <input type="checkbox"/> 血圧 () | |
| | <input type="checkbox"/> 脈拍 () | |
| | <input type="checkbox"/> 不整脈 () | |
| | <input type="checkbox"/> 息切れ () | |
| | <input type="checkbox"/> その他 | |
| 感染症等 | | |
| TPHA (+ -) | | HCV-Ab (+ -) |
| HBs-Ag (+ -) | | 疥癬 (+ -) |
| 胸部所見 |  | 心電図所見 |
| CTR: % | | |
| 年 月 日 | | 年 月 日 |

※直近の検査データのコピーを添付下さいますようお願い致します。