

# 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 \_\_\_\_\_ 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

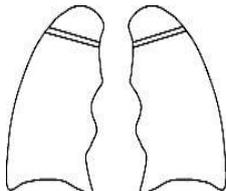
-----

-----

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



-----

-----

-----

CTR % 年 月 日

心電図所見

-----

-----

-----

年 月 日