# 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

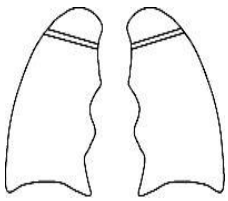
リハビリテーションの目的

| 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　□開始前　□実施中　□ なし |
|---|---|
| | □ 血圧　（　　） |
| | □ 脈拍　（　　） |
| | □ 不整脈　（　　） |
| | □ 息切れ　（　　） |
| | □ 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