

# 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			
		_____	
		_____	
		_____	
		_____	
		CTR %	年 月 日
心電図所見			
年 月 日			