

診療情報提供書

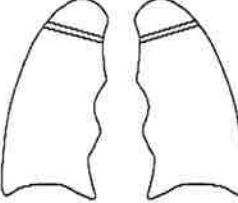
年 月 日

介護老人保健施設 かすみがうら

医師 大場 憲正 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		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。