

診療情報提供書

年 月 日

訪問リハビリテーション かすみがうら

施設長 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。

適切な研修の修了等		
修了済	・	修了予定
	・	未定

※当事業所においては、この情報を基に医師が診療を実施しています。