

診療情報提供書(通所リハビリ・訪問リハビリ用)

フリガナ		男・女	生年月日
氏 名			大・昭・平 年 月 日（

診 断 名 (発症年月日)			
現在の症状及び 処方内容 (内服薬・外用薬)	※ 最新のレントゲン検査や採血データ等あれば添付ください。 ※ 処方については資料あれば添付ください。		
既 住 歴			
障害高齢者の 日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症高齢者の 日常生活自立歴	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
リハビリテーション 目的	1 心身・ADL能力維持・向上 2 活動性維持・向上 3 生活の活性化 4 家族の介助量軽減 5 その他：		
リハビリ中止基準 (血圧、体温、脈拍)	なし ・ あり []		
心疾患(心不全)がある時 入浴中止基準 (血圧、体温、脈拍)	なし ・ あり []		
その他の注意点	なし ・ あり []		
褥瘡有無及び部位	なし ・ あり []		
禁忌・アレルギー	なし ・ あり []		
身 長	cm	体 重	kg
記 入 日： 年 月 日			
医療機関名：			
住 所：			
電 話 番 号：			
医 師 名：			