

# 診療情報提供書

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。		
既往歴			
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		
通所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：				