

診療情報提供書(通所リハビリテーション)

生年月日	(大正・昭和・平成 年 月 日 歳)	性別	男・女
氏名			
既往歴			
主たる病名			
経過及び診療状況			
処方内容 (外用薬含む)			
感染症	1. 結核症 (レントゲン所見) ()	有 ・ 無 ・ 不明	
	2. 疥癬などの伝染性皮膚疾患 ()	有 ・ 無 ・ 不明	
	3. B型肝炎・C型肝炎・MRSA・その他 ()	有 ・ 無 ・ 不明	
寝たきり度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
認知症度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
通所リハビリテーション利用の可否		可 ・ 否 と判断致します。	
入浴・リハビリ 血圧中止値	リハビリ 低値 「 mmHg」以下 入浴 低値 「 mmHg」以下	高値 「 mmHg」以上中止 高値 「 mmHg」以上中止	
その他、サービス 利用時の留意事項			

シニアプラザながしま 通所リハビリテーションみらい

※血液検査・尿検査などのデータがございましたらコピーを頂けるとありがたいです。

※この書類のために改めて検査を実施する必要はございません。

以下のとおり診断致します。

医療機関住所

平成 年 月 日

医療機関名

医師氏名

印