

診療情報提供書

利用者氏名	様 (男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日
利用者住所		電話番号				
傷病名	<発症> H・S 年 月 日 不明					
	<発症> H・S 年 月 日 不明					
	<発症> H・S 年 月 日 不明					
	<発症> H・S 年 月 日 不明					
<既往歴>						
<病状及び経過>						
<服薬内容・処方内容>						
注意・禁忌等	-----					
特別な医療	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他()					
感染症 の有無	※わかる範囲でご記入お願い致します。					
	HCV(+ - 未検)		HBS(+ - 未検)		W氏(+ - 未検)	
	疥癬(+ - 未検)		MRSA(+ - 未検)			
現在の病状から訪問リハビリの実施は (可能 ・ 不可能) と判断する。 <備考> 中止基準などがあればご記入下さい。						
平成 年 月 日 医療機関 名称 医師氏名 印						

※血液検査、尿検査などの検査データがございましたらコピーをいただけたらありがたいです。

※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。

介護老人保健施設とまりや 訪問リハビリテーション