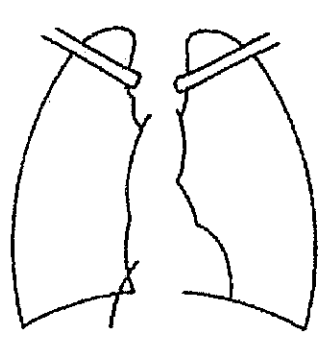


診療情報提供書(通所リハビリテーション用)

【利用者】 氏名: _____ 様 性別: 男・女
 生年月日: M・T・S 年 月 日
 住所: 〒 _____

病名	既往歴	身長 _____ cm
		体重 _____ kg
病状の発病時期と経過		感染症: 有・無 検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 HBs抗原 + - 梅毒 + - HCV抗体 + - MRSA + -
リハビリ・入浴時の体温・血圧・心拍数について		胸部X線所見(撮影 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
平均体温 _____ °C以下で中止 _____ °C _____ °C以上で中止		
平均血圧 収縮期血圧 _____ 以下で中止 _____ 以上で中止 / 拡張期血圧 _____ 以下で中止 _____ 以上で中止		
平均心拍 _____ 回/分以下で中止 _____ 回/分 _____ 回/分以上で中止		
禁忌・注意事項 _____		
皮膚疾患 疥癬 【- + 場所()】 褥瘡 【- + 場所()】 その他【- + 場所()】		通所リハビリテーション利用上の留意点 _____
尿 蛋白 (- ± + 卍 卍) 糖 (- ± + 卍 卍) 潜血 (- ± + 卍 卍)		心電図 異常 あり なし 異常がある場合は データの添付をお願いします

※直近3ヶ月の情報を頂けると幸いです。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【担当医】 医療機関名: _____
 所在地: _____
 電話番号: _____
 担当医氏名: _____ 印

別途添付頂きたいもの

- 血液検査結果
- 薬剤情報

通所リハビリテーション
ハートテラス中野弥生町