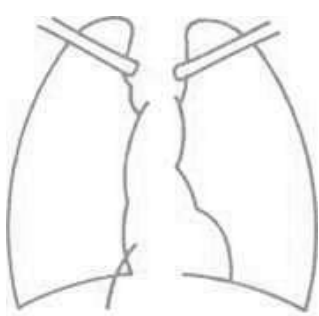


診療情報提供書(通所リハビリテーション用)

氏名： 様 (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 平均体温 _____℃以下で中止 _____℃ _____℃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		胸部X線所見(撮影 年 月 日) 
禁忌・注意事項	通所リハビリテーション利用上の留意点	
皮膚疾患 疥癬【- + 場所()】 褥瘡【- + 場所()】 他【- + 場所()】		
尿 蛋白(- 土 + 卅 卅) 糖(- 土 + 卅 卅) 潜血(- 土 + 卅 卅)		
血液 栄養：アルブミン【 g/ml】 貧血：血色素量【 g/ml】 赤血球数【 万/μℓ】 白血球数【 個/μℓ】 ヘマトクリット値【 %】 血糖：血糖値【 mg/dl(□空腹時 □随時)】 HbA1c【 %】 腎機能：尿素窒素【 mg/dl】 クレアチニン【 mg/dl】 尿酸【 mg/dl】		

※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
☐ 心電図(異常ある場合)

中野すみれ苑
通所リハビリテーション