

介護老人保健施設エスペランサ 通所リハビリテーション

診療情報提供書

氏名	フリガナ	男 女	生年月日			
			明・大・昭	年	月	日
傷病名	(1)	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)				
	(2)	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)				
	(3)	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)				
既往歴	(1)	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)				
	(2)	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)				
	(3)	発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)				
現 病	傷病の経過・治療内容					
	定期的な処方・その他外用・処置内容					
	身体の状態					
	麻痺 (- +) 部位	失調不随意運動 (- +) 部位	禁忌・アレルギー ()			
	関節拘縮 (- +) 部位	褥瘡 (- +) 部位	その他特記			
	筋力低下 (- +) 部位	皮膚疾患 (- +) 部位				
	身長 () cm	体重 () Kg				
	日常生活自立度					
障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
感染症	既知の感染症 (わかっている範囲で結構です。)					
	HCV抗体 () HBS抗原 () TPHA抗体 () その他 ()					

・心電図や血液検査データがありましたら、添付よろしくお願ひ致します。(直近のもの)

総 合 所 見	①通所リハビリ利用の目的:
	②臨床検査上の問題点 (有 無) ()
	③食事形態 () 摂取量 (全量・その他 []) 嚥下状態 (問題なし ・ あり)
	④入浴に対する禁忌事項等:
	リハビリテーションにおける指示・留意事項
	中止基準:
	留意点など:

上記の通り診断 診療情報提供します

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

印