

診療情報提供書

ふりがな		性別		生年月日	M・T・S
氏名		男・女			年 月 日生 歳
住所				電話	
現病					
既往歴				胸部レントゲン所見 	
感染症	MRSA (+ ・ -)	部位 ()			
	梅毒反応 (+ ・ -)	HBs抗原 (+ ・ -)			
	HCV (+ ・ -)				撮影日 年 月 日
血液検査	白血球 ()	赤血球 ()			心電図・心所見 検査日 年 月 日
	血色素量 ()	血小板 ()			
	総蛋白 ()	アルブミン ()			
	BUN ()	Cre ()			
	AST ()	γ-GTP ()			
	ALT ()				
尿検査	蛋白 ()	糖 ()			認知症高齢者の日常生活自立度 C・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 精神状態 <input type="checkbox"/> ほぼ正常 <input type="checkbox"/> 障害あり 問題行動 (無・有)内容
	加ビリゲッ ()	潜血 ()			
身体	身長	cm	体重	kg	
	視力	普 ・ 弱 ・ 全盲			
	聴力	普 ・ やや難聴 ・ 難聴			
	言語	普 ・ 不自由 ・ 失語			
	メガネ (有 ・ 無)	白内障 (有 ・ 無)		障害高齢者の日常生活自立度 J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 日常生活動作 (自立・一部介助・全介助)	
	補聴器 (有 ・ 無)				
服薬内容					
	※お薬手帳をお持ちの方はコピーを添付してください。				
総合所見	通所リハビリテーションに対する適否	<input type="checkbox"/> 適		<input type="checkbox"/> 否	
	リハビリテーションに対するリスク	<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無	
		()			
特記事項					

上記の通り情報提供いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名