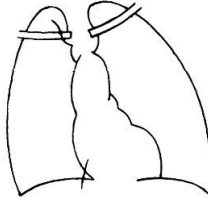


診療情報提供書

ふりがな		性別	生年月日	M・T・S		
氏名		男・女		年	月	日生
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		
身体	身長	cm	体重	kg	認知症高齢者の日常生活自立度	
	血压	/		mmHg	C・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
	視力	普・弱・全盲			精神状態 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害あり	
	メガネ	(有・無)			問題行動 (無・有) 内容	
聴力	普・やや難聴・難聴			障害高齢者の日常生活自立度		
補聴器	(有・無)			J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
言語	普・不自由・失語			日常生活動作 (自立・一部介助・全介助)		
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						

上記の通り診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名