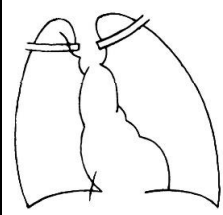


診療情報提供書



デイケアセンター

情報提供先機関 TEL 043-443-1010

ふりがな		性別		生年月日	M・T・S・R
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	
身体	身長 cm		体重 kg		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"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障害あり 問題行動 (無・有) 内容 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)
	視力		メガネ (有・無) 白内障 (有・無)		
	聴力		補聴器 (有・無)		
	言語		普・不自由・失語		
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。

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師名