

診療情報提供書(通所リハビリテーション)

ご担当医先生 御侍史

貴院にてご加療中の患者様が、当院通所リハビリテーション(=デイケア)利用をご希望されておりますので、開始に当たり、以下内容をご記載いただき現在の状態について情報提供くださいますよう、宜しく願い申し上げます。
 なお、この情報は当院の利用目的以外には使用致しません。

フリガナ 氏名		男・女	M・T・S	年	
			月	日	歳)
主たる傷病名 及び治療内 容・経過					
既往歴					
高次 脳機能障害	無・有	症状に○⇒	[失語症 記憶障害 半側空間失認 遂行機能障害 注意障害 病識欠落 その他()]		
疥癬を含む 皮膚疾患	無・有	部位:	褥瘡	無・有	部位:
感染症 HCV,HBs MRSAなど	無・有 ()				
通所リハビリ テーション利用	可 ・ 不可				
サービス利用に 際しての留意点					
注意事項	1. 血圧管理		2. 脈拍管理		3. 疼痛管理
	4. 血糖症状注意		5. その他()		
通所リハビリテ ーション利用目的	1. 心身・ADL能力向上		2. 活動性維持・向上		3. 家族の介助量軽減
	4. 生活の活性化		5. その他()		
年	月	日	医療機関名		
			住所		
			電話番号		
			F A X		
			医師氏名		印