

診療情報提供書(通所リハビリテーション)

記入日	20	年	月	日
-----	----	---	---	---

○紹介先
医療法人 生寿会
かわな病院
整形外科 沼尻 保

○紹介元
医療機関所在地
電話番号
医療機関名
医師氏名

フリガナ 氏 名		性 別	生 年 月 日	年 齢
		男 女	大正 昭和 年 月 日	歳
疾病名(発症日)・合併症		既往歴		
病状・治療経過/コントロール状況		処方内容		
アレルギー	☐ あり ☐ なし	感染症	MRSA (+ ・ -) 部位 (痰 咽頭 鼻腔 尿 褥瘡)	
		*分かる範囲で ご記入ください	HBs (+ ・ -) HCV (+ ・ -) 梅毒 (+ ・ -) ピオ (+ ・ -) 皮膚疾患 (疥癬 その他:)	
認知症	☐ なし ☐ アルツハイマー型 ☐ 脳血管性 ☐ レビー小体型 ☐ その他()			
心電図所見	(問題がある場合のみご記入ください)		血液検査所見	(異常値がある場合のみご記入ください)

リハビリ・運動可能基準			
☐ 一般的な 基準に準ずる	最高血圧: 70~200 mmHg 最低血圧: ~120 mmHg 脈 拍 : 40~120 bpm	☐ その他	最高血圧: ()~() mmHg 最低血圧: ()~() mmHg 脈 拍 : ()~() bpm
入浴可能基準			
☐ 当デイケアの 基準に準ずる	最高血圧: 90~160 mmHg 最低血圧: ~100 mmHg 脈 拍 : 50~100 bpm	☐ その他	最高血圧: ()~() mmHg 最低血圧: ()~() mmHg 脈 拍 : ()~() bpm
リハビリ・運動での負荷量 (Metsなど)		リハビリ・運動開始前または実施中の留意事項	
通所リハビリに関する意見 (運動リスク・入浴・食事等についての注意、希望など)			