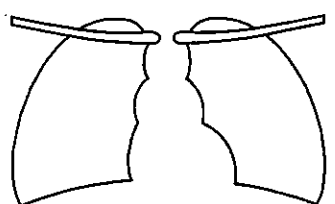



診療情報提供書

介護老人保健施設 キーストーン施設長 殿

氏名 (ふりがな)		住所 〒	
		男・女	
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 歳		電話番号	
病名		X線所見 (結核などの特記事項があればご記入願います)	
病状経過			
		撮影日 平成 年 月 日	
血圧	入浴・リハビリが実施可能な血圧の範囲		既往歴
	/ mmHg ~ / mmHg		(例) 高血圧症
		コントロール状況や注意点	
		内服にてコントロール中	
感染症等	検査日 平成 年 月 日		
	TPHA +・-	HBS抗体 +・-	
	HBS抗原 +・-	HCV抗体 +・-	
一般状態	麻痺 無・有(部位)		
	褥瘡 無・有(部位)		
	意思疎通 可能・一部可能・不可能	廃用症候群 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	排泄 導尿・留置カテーテル	※ありの場合は内容を記載をお願い致します。	
	生活自立度 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	<input type="checkbox"/> 筋力低下(廃用性筋萎縮) <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 活動性の低下	
	寝たきり度 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	<input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 精神機能の低下 <input type="checkbox"/> 嚥下機能低下	
長谷川式スケール /30点	<input type="checkbox"/> その他()		
処方 <input type="checkbox"/> 別紙参照	リハビリ	医師の指示	
アレルギー(薬・食事など) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし		リハビリテーションを実施する際の医学的管理 (医師等によるリスク管理・対応の必要性を含む)	
その他 検査データがある場合はご記入お願い致します(MRSA、疥癬等・・・)			
紹介医療機関		平成 年 月 日	
名称			
所在地			
電話番号		医師名 	

〒136-0071 東京都江東区亀戸3-36-1

通所リハビリテーション

ショートステイ

TEL. 03-5628-2383 Fax. 03-3637-2002 TEL. 03-3637-2121 Fax. 03-3637-2002

※すべての項目の記載をお願い致します。やむをえず記載できない場合はご相談下さい。