診療情報提供書(通所リハ)

氏名	（ 男・女 ） M・T・S （ 歳）
住所	TEL （ ）

≪一般状態≫ 身長 cm 体重 kg 血圧 ～ mmHg	≪アレルギー≫ ＜薬 物＞ 無 ・ 有 （ ） ＜食 物＞ 無 ・ 有 （ ）
≪病 名≫	≪視覚障害≫ 無 ・ 有 ≪聴覚障害≫ 無 ・ 有 ≪言語障害≫ 無 ・ 有 ≪見当識障害≫ 無 ・ 有 ≪注意障害≫ 無 ・ 有 ≪記憶障害≫ 無 ・ 有 ≪排尿・排便≫自立・介助 ≪失 禁≫ 無 ・ 有
≪既往歴≫ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脳血管障害 心疾患 （ペースメーカー 無 ・ 有 ） その他 （ ） 手術歴 （ ）	≪麻 痺≫ 無 ・ 有 （部位: ≪移動手段≫ 独歩 ・ 杖・ 歩行器 ・ 車椅子 （自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助） ≪認知機能低下≫ 無 ・ 有
≪病 歴≫	≪リハビリ開始前又は実施中の留意事項、中止の基準、リハビリにおける負荷等≫
≪現在服用中の薬剤名（注射等も含む）≫	≪その他・特記事項≫

上記のとおり、ご報告致します。

年 月 日

医療機関名

済生会日向病院
通所リハビリテーション 専任医 殿

担当医師名 印