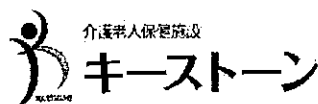


診療情報提供書

介護老人保健施設 キーストーン施設長 殿

※血液検査データがありましたら添付してください。

氏名 (ふりがな)		住所 〒	
男・女			
生年月日	大正・昭和	年 月 日	歳
電話番号			
診断名		病状経過	
既往歴			
血圧	入浴・リハビリが実施可能な血圧の範囲		廃用症候群 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	/ mmHg ~ / mmHg		※ありの場合は内容を記載をお願い致します。
感染症等	検査日	年 月 日	<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
	TPHA +・-	HBS抗体 +・-	<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
	HBS抗原 +・-	HCV抗体 +・-	<input type="checkbox"/> その他()
一般状態	麻痺	無・有(部位)	リハビリ(医師の指示)
	褥瘡	無・有(部位)	
	意思疎通	可能・一部可能・不可能	
	排泄	導尿・留置カテーテル	
	生活自立度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ	
	寝たきり度	正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
処方 <input type="checkbox"/> 別紙参照		特記すべき留意事項	
アレルギー(薬・食事など) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし			
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		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
 訪問リハビリテーション
 TEL. 03-3637-2121 Fax. 03-3637-2002