

主治医殿

貴院にてご加療中の患者様が、みどりの杜の通所リハビリテーション利用を希望されております。利用開始に当たり、病状・治療経過などを下記の記入にて情報提供くださいますよう、よろしくお願いいたします。

診療情報提供書

氏名	明治・大正・昭和 様 男・女 年 月 日()		
住所		主介護者	※未記入可
電話番号		緊急連絡先	※未記入可
紹介目的	通所リハビリテーションの利用 ※下記目的にシ点もしくはその他にご記入ください <input type="checkbox"/> 身体機能の維持・回復 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の症状軽減 <input type="checkbox"/> 家族の介護量軽減 <input type="checkbox"/> ADL、IADLやコミュニケーション能力、社会関係能力の維持・回復 <input type="checkbox"/> その他()		
現病歴	病名(現病歴・既往歴) 発症年月日 #1 _____ 年 月 日 #2 _____ 年 月 日 #3 _____ 年 月 日 #4 _____ 年 月 日 #5 _____ 年 月 日 治療経過		
検査所見 (感染症 その他) 検査日 採血 年 月 日 その他 年 月 日	※検査困難時は以前のdateもしくは後日連絡でも利用対応しますのでご連絡ください HBs抗原() HCV抗体() MRSA() 咽頭・鼻腔・尿・便		
	疥癬・その他皮膚疾患 無・有(部位)		
	※検査dateは情報提供の必要がありましたら追加記入もしくはコピー添付ください 糖尿病あり→HbA1c ワーファリン内服中→PT-INR		
アレルギー	無・有 薬剤()・食事・花粉症・その他()		
内服薬	※お薬手帳・処方などのコピー添付可 ①		
	②		
	③		
	④		
	⑤		
年 月 日	上記のとおり診断します		
	医療機関名 電話番号 医師氏名		

