

(予防)通所介護 利用留意事項確認書

令和 年 月 日

* 担当ケアマネージャー様にご記入いただいても結構です。

フリガナ		男	明・大・昭
ご利用者氏名		女	年 月 日(満 歳)
ご利用者住所	〒 ー ー 電話 ー ー		

かかりつけ医療機関		主治医名:	
既往歴	年 月頃	年 月頃	
	年 月頃	年 月頃	
現病歴	年 月頃	年 月頃	
	年 月頃	年 月頃	
現在処方されているお薬			
感染症について: 無・有 留意事項 ()			
血圧 許容範囲: 留意事項 ()			
脈拍 許容範囲: 留意事項 ()			
体温 許容範囲: 留意事項 ()			
機能訓練サービス実施にあたっての留意事項及び指示等			

記入担当者

医療機関名: _____ 主治医氏名 ()

居宅介護支援事業所: _____ ケアマネージャー氏名()

・住所: _____

・電話: _____

・FAX: _____

城東さくら苑リハビリセンター