

(予防)通所介護 利用留意事項確認書

令和 年 月 日

主治医・担当介護支援専門員 様

ご担当の利用者様が「鶴見緑地病院 橋波リハビリセンター」において機能訓練サービスを希望されております。機能訓練実施にかかる留意点等の情報をいただきたく存じます。ご多忙の中恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

記載担当者

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： _____

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

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			

*担当ケアマネージャー様でご記入いただいても結構です。

鶴見緑地病院 橋波リハビリセンター