

通所リハビリテーション診療情報提供書

年 月 日

医療法人 清水会 鶴見緑地病院

通所リハビリテーションセンター 殿

紹介医師名

医療機関名

所在地

TEL

FAX

以下の利用者に対する通所リハビリテーションを紹介し、診療情報を提供します。

| | | | |
|------------|--------------------------|---|----------------|
| フリガナ | | 男 | 明治 |
| 利用者氏名 | | ・ | 大正 |
| | | 女 | 昭和 年 月 日生 (歳) |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話 | TEL () | | |
| 要介護認定の状況 | 自立・要支援・要介護 (1・2・3・4・5) | | |
| 要介護認定の有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |

| | | | | | |
|---------|--------|--------------|----------|-------------|---------|
| 主病名 | | | | | |
| 個別リハビリ | 該当・非該当 | アレルギー | 無・有 () | 薬剤禁忌 | 無・有 () |
| 血圧 | 平均 | / | mmHg (/ | mmHg以上入浴不可) | |
| 既往症・現病歴 | 病名 | 治療期間 | 転帰 | | |
| | | 年 月 日~ 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日~ 年 月 日 | | | |
| | | 年 月 日~ 年 月 日 | | | |

| |
|--------------------|
| 現在の処方内容 (内服薬・外用薬等) |
|--------------------|

| |
|--------------|
| リハビリテーション主目的 |
|--------------|

| | | | |
|------|----|--------|---------------|
| 感染症 | なし | あり () | 不整脈 (有 ・ 無) |
| 皮膚疾患 | なし | 部位 | 言語 正常・困難 |
| | あり | 疥癬 () | 視力 右()左() |
| | | 湿疹 () | |
| | | 褥瘡 () | |