

# 診療情報提供書（通所リハビリテーション）

ふりがな 患者氏名	生年月日	明・大・昭	年	月	日
	性別	男・女	年齢	歳	
【身長】	cm	【体重】	kg		
【診断名(発症日)】	【既往歴】				
【症状・治療経過】					
【処方内容】	【感染症】	MRSA ( + - )			
		部位 ( 咳 咽頭 鼻腔 尿 褥瘡 )			
		HBs抗原 ( + - ) HCV抗体 ( + - )			
		結核 ( + - )			
	感染性皮膚疾患 ( 有 ・ 無 ) ( 疥癬 その他 )				
【心電図所見】 (問題がある場合のみ記入してください)	【血液検査所見】 (異常値がある場合のみ記入してください)				
【高次脳機能障害】 (有 ・ 無)	失語症	記憶障害	視覚認知・視空間認知障害	遂行機能障害	
	注意障害	行動と情緒の障害	その他 (	)	
【運動中止基準】					
<input type="checkbox"/> 一般的な基準に準ずる (収縮期血圧 70以下または200以上、拡張期血圧 120以上、脈拍 40/分以下 120/分以上で中止)					
<input type="checkbox"/> その他の基準 収縮期血圧 ( )以下( )以上 脈拍 ( )/分以下( )/分以上					
拡張期血圧 ( )以下( )以上 血糖値 mg/dl					
【入浴中止基準】					
<input type="checkbox"/> 運動中止基準と同様					
<input type="checkbox"/> その他の基準 収縮期血圧 ( )以下( )以上 脈拍 ( )/分以下( )/分以上					
拡張期血圧 ( )以下( )以上 血糖値 mg/dl					
【リハビリテーションを行う際の留意事項】 禁忌事項、運動リスク、入浴、食事等についての注意など					

医療法人社団なごみ会  
老人保健施設あさぎりむつみ荘  
担当医 宛

令和 年 月 日

医療機関名  
電話番号  
医師名