

診療情報提供書

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| フリガナ 氏名 | 男性 女性 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日 (才) |
| 住所 電話番号 | 〒 () - | | |
| 障害老人自立度 | 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | | |
| 認知症高齢者 日常生活自立度 | 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | | |
| 既往歴 | | | |
| 現症及び病名 | | | |
| 治療経過、症状経過及び検査結果 | | | |
| 麻痺・運動障害の状況 | | | |
| 現在の処方 | | | |
| 入浴 | | 機能回復訓練 | |
| 可 ・ 不可 血圧の入浴中止の上限/下限 上限 mmHg以上 下限 mmHg以上 | | 可 ・ 不可 機能回復訓練の留意事項 | |
| 感染症の有無 有 () 無 | | | |
| 皮膚疾患の有無 有 () 無 | | | |
| 医師所見及び連絡事項 | | | |

※必要と認められるときは、胸部X線所見や他の検査結果の添付をお願いします。

上記のとおり情報提供します。

平成 年 月 日

所在地
医療機関名
電話番号
医師氏名

印