

通所リハビリテーション・短期入所療養介護 施設診療情報提供書

介護老人保健施設

年 月 日

「保生の森」施設長 宛

紹介元医療機関名

住所

電話番号

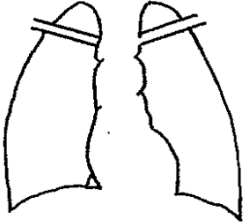
FAX

医師氏名

印

フリガナ 氏名			男・女
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	(歳)
住所			
利用に当たっての 注意点または リハビリ中止基準			
診断名	1) _____	2) _____	
	3) _____	4) _____	
	5) _____	6) _____	
既往歴			
現在使用中の 薬剤および その使用方法 (外用薬も含む)	薬剤アレルギー (有 無)		

検査日 (直近3ヶ月以内) 年 月 日

感染症	HBs抗原(+ -) HCV抗体(+ -) MRSA(+ - 部位) 疥癬()		
尿検査	蛋白() 糖() 潜血()	一般血液データ	添付書類 (あり なし)
酸素飽和度	SPO ₂ % 安静時	ℓ/m 労作時	ℓ/m
心電図 (年 月 日)	異常所見 (有 無)	胸部レントゲン (年 月 日)	

*通所リハビリテーション・短期入所療養介護の利用に関して (可 ・ 不可) とと思われる