

診療情報提供書

年 月 日

訪問リハビリテーション かすみがうら

医師 倉持 公博 宛

医療機関名 _____

医師名 _____

氏名		性別 男・女	
		生年月日 M・T・S 年 月 日 歳	
疾患名			
	年 月		年 月
	年 月		年 月
	年 月		年 月
既往歴			
	年 月		年 月
	年 月		年 月
	年 月		年 月
症状及び治療経過・今後の治療方針			
リハビリテーションの目的			
リハビリテーション・日常生活における禁忌・注意事項		中止基準(□開始前 □実施中 □なし)	
		□血圧 ()	
		□脈拍 ()	
		□不整脈 ()	
		□息切れ ()	
		□その他	
感染症等			
TPHA (+ -)		HCV-Ab (+ -)	
HBs-Ag (+ -)		疥癬 (+ -)	
胸部所見		心電図所見	
CTR: %			
年 月 日		年 月 日	

※直近の検査データのコピーを添付下さいますようお願い致します。

適切な研修の修了等

修了済 ・ 修了予定 ・ 未定

※当事業所においては、この情報を基に医師が診療を実施しています。