

診療情報提供書

(通所リハビリテーション)

当施設をご利用されるにあたりまして、下記の項目について情報提供をお願い申し上げます。

介護老人保健施設 ラプラス津田

【紹介元医療機関】

名称

所在地

電話番号

御担当医

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳
患者住所			TEL	

紹介目的			
既往歴	(発症年月日も分る限りお願い致します)		
上記病歴で気をつける事			
現在の処方			
リハビリでの注意事項			
利用時の入浴は?	可・不可	(入浴禁) 可の場合、入浴禁となる数値は? 最高血圧 _____以上_____以下 体温_____以上 最低血圧 _____以上_____以下 脈拍_____以上_____以下	
感染症	入浴・リハビリ等で感染の恐れがある症状はありますか 無・有 有りの場合、気をつける事 ()		