

# 診療情報提供書(通所リハビリテーション)

医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院 宛

作成日: 年 月 日

紹介元医療機関名称:

紹介元医療機関住所:

電話番号:

医師氏名:

印

|                   |   |   |      |       |    |
|-------------------|---|---|------|-------|----|
| フリガナ<br>患者氏名      |   |   | 性別   | 生年月日  | 年齢 |
|                   |   |   | 男・女  | 年 月 日 | 歳  |
| 傷病名               |   |   | 既往歴  |       |    |
| 治療経過              |   |   |      |       |    |
| 服薬状況              |   |   |      |       |    |
| 精神状況              | 認知症の診断: 無・有   |   | 皮膚疾患 |       |    |
|                   | 特記事項 ( )  |   |      |       |    |
| 感染症の有無・種類         | 有・無   | ※特に、HCV、HBs、MRSAについてわかっているものがあればご記入ください |      |       |    |
| 留意事項<br>(リスク・禁忌等) |   |   |      |       |    |
| 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/分以下または120以上で中止)<br><input type="checkbox"/> その他の基準 ( )  |   |      |       |    |
| 入浴中止基準            | <input type="checkbox"/> 当事業所の基準に準ずる(収縮期血圧160以上、拡張期血圧100以上、脈拍40/分以下または120以上で中止)<br><input type="checkbox"/> その他の基準 ( )  |   |      |       |    |
| 食事                | <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 透析食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 心臓病食 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>制限 (カロリー: 水分: その他: ) |   |      |       |    |
| おやつ               | おやつ提供 可・不可・条件下で可 ( ) カロリー未満<br>※当事業所のおやつは100kcal程度です  |   |      |       |    |
| 特記事項              |   |   |      |       |    |

医療法人社団 三秀会 羽村三慶病院  
院長 三浦 剛士  
東京都羽村市羽4207番地  
TEL 042-570-2555