

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 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 特記事項 ()		皮膚疾患		
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			
リスク事項	<input type="checkbox"/> 血圧変動 <input type="checkbox"/> spO2変動 <input type="checkbox"/> 徐脈・頻脈 <input type="checkbox"/> 意識レベルの低下 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 脆弱性骨折 <input type="checkbox"/> 誤嚥・窒息 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 低血糖発作 <input type="checkbox"/> 一過性脳虚血発作 <input type="checkbox"/> 消化管出血 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アレルギー症状 <input type="checkbox"/> その他()				
禁忌事項					
緊急時対処方法	※上記リスク・禁忌に係るもので特段の指示・対処方法がある場合ご記入ください				
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) <input type="checkbox"/> その他の基準 (血圧: / mmHg(以下・以上)で中止 spO2: %以下で中止)				
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90以下または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) <input type="checkbox"/> その他の基準 (血圧: / mmHg(以下・以上)で中止 spO2: %以下で中止)				
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() 制限 (カロリー: 水分: その他:)				
おやつ	おやつを提供 可・不可・条件下で可()カロリー未満 ※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