

# 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: 無・有 (軽度 中等度 重度) その他( )		皮膚疾患		
感染症の有無・種類	有・無	※特に、HCV、HBs、MRSAI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 (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) <input type="checkbox"/> その他の基準( )				
入浴中止基準	<input type="checkbox"/> 運動中止基準と同様 <input type="checkbox"/> その他の基準( )				
食事 おやつ	<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: ) おやつの提供 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 042-570-1130