

記入例

診療情報提供書
(通所リハビリ)

氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日	(歳)
住所				電話番号		
・主たる傷病名及び治療状況 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 100px;"> こちらの記載をお願い致します。 </div>						
・既往歴				・感染症等		
・リハビリ実施の可否(いずれかに○をつけてください) (<input checked="" type="radio"/> 可 ・ 否)						
・リハビリの目的(該当する項目に☑をつけてください) <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> 心身機能の維持、向上 <input checked="" type="checkbox"/> 日常生活動作能力の維持、向上 <input checked="" type="checkbox"/> 活動範囲の維持、向上 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食、嚥下、発語、コミュニケーション能力の維持、向上 						
・リハビリを行う際の留意事項、中止基準及び運動強度に対してご教授下さい (必ず1つ以上の項目にチェック及び指示の記載をお願い致します) <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項 (例:全身状態に注意 等) <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーションの中止基準(血圧、脈、心拍数等) (例:血圧〇〇以上/〇〇以下で中止 土肥アンダーソンの基準に準ずる 等) <input checked="" type="checkbox"/> リハビリテーションにおける利用者に対する運動強度等 (例:痛みのない程度 等) 						
・備考						
・最終診察日: 年 月 日						
医療法人仁寿会 石川病院 介護事業部 医師 佐地 嘉章 行			令和 年 月 日 医療機関名 住 所 電話番号 F A X 医師氏名			
						印

医療法人仁寿会 石川病院
介護事業部

診療情報提供書
(通所リハビリ)

氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日 (歳)
住所			電話番号		
・主たる傷病名及び治療状況					
・既往歴			・感染症等		
<p>・リハビリ実施の可否(いずれかに○をつけてください) (可 ・ 否)</p> <p>・リハビリの目的(該当する項目に☑をつけてください)</p> <p><input type="checkbox"/> 心身機能の維持、向上</p> <p><input type="checkbox"/> 日常生活動作能力の維持、向上</p> <p><input type="checkbox"/> 活動範囲の維持、向上</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食、嚥下、発語、コミュニケーション能力の維持、向上</p> <p>・リハビリを行う際の留意事項、中止基準及び運動強度に対してご教授下さい (必ず1つ以上の項目にチェック及び指示の記載をお願い致します)</p> <p><input type="checkbox"/> リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項 ()</p> <p><input type="checkbox"/> リハビリテーションの中止基準(血圧、脈、心拍数等) ()</p> <p><input type="checkbox"/> リハビリテーションにおける利用者に対する運動強度等 ()</p>					
・備考					
・最終診察日: 年 月 日					
令和 年 月 日					
医療法人仁寿会 石川病院		医療機関名			
介護事業部		住 所			
医師	佐地 嘉章 行	電話番号			
		F A X			
		医師氏名			
					印

医療法人仁寿会 石川病院
介護事業部