診療情報提供書（通所リハビリテーション）

患者氏名	生年月日
ふりがな（　　） 殿	年　　月　　日

現病歴	
1	発症年月日：　　年　　月ごろ
2	発症年月日：　　年　　月ごろ

既往歴	
1	発症年月日：　　年　　月ごろ
2	発症年月日：　　年　　月ごろ

現在の病状・治療状態

現在の処方（薬剤情報コピーで可）

障害の有無

- ☐ 視覚障害
- ☐ 聴力障害
- ☐ 摂食・嚥下障害
- ☐ 運動麻痺　（上肢　・　下肢）
- ☐ 言語障害
- ☐ 認知症

感染症の有無

不明　・　無　・　有（　　）

希望する通所リハビリテーションの事項

- ☐ 関節可動域訓練
- ☐ 基本動作訓練
- ☐ 日常生活動作訓練
- ☐ 呼吸リハビリテーション
- ☐ 活動・参加支援訓練
- ☐ 筋力強化訓練
- ☐ 歩行・移乗・移動動作訓練
- ☐ 生活・療養相談
- ☐ 摂食・嚥下リハビリテーション・口腔ケア
- ☐ その他（　　）

利用にあたっての注意点・要望

- ☐ 中止基準（リハビリテーション、入浴等）
  - ①血圧　＿＿＿mmHg以上/＿＿＿mmHg以下
  - ②脈拍　＿＿＿回/分以上　＿＿＿回/分以下
  - ③SpO_2　＿＿＿%以下
- ☐ その他症状、要望

年　　月　　日

上記のとおり、情報を提供します。

医療機関名：

住所：

電話：

医師名：

（連絡先）　医療法人平病院
住所：岡山県和気郡和気町尺所438
TEL：0869-93-1155　FAX：0869-93-0330