

診療情報提供書

年 月 日

氏名	(男・女) 明・大・昭
様	生年月日 年 月 日 歳
住所 〒	電話

【診断名】

【既往症】

【現病歴および治療経過】

【現在の他科受診状況】

- ・ 他科受診あり ※あれば受診医療機関名・科目()
- ・ 他科受診なし

【処方(外用薬等も)】

※○をつけてください。

薬 剤 名	含量(mg数)	錠／カプセル (1回量)	食 前	食 後
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前
			朝・昼・夕	朝・昼・夕・寝る前

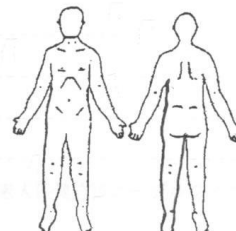
※6か月以内の検査結果データがあれば添付をお願いします。

【薬剤アレルギー】

【リハビリ指導上の留意点】

【身体状況】

- ☐四肢欠損 ☐関節の拘縮 ☐筋力低下 ☐嚥下障害 ☐視覚障害
- ☐麻痺(L・R 軽度 中程度 重度) ☐知覚障害 ☐難聴 ☐失語症
- ☐褥瘡 ☐失調・付随運動 ☐カテーテル類留置



＜備考＞

【心身の状態に関する意見】

- ADL状態 ☐正常 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2
- 認知状態 ☐正常 ☐I ☐IIa ☐IIb ☐IIIa ☐IIIb ☐IV ☐M

医療機関名称

所在地

電話

担当医

※この情報の有効期間は3か月とする。

印