

## 診療情報提供書

平成 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

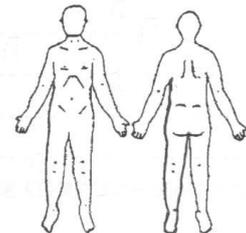
※6か月以内の検査結果データがあれば添付をお願いします。

【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 麻痺(L・R) 褥瘡
- 嚥下障害 知覚障害 難聴 失調・付随運動
- 視覚障害 失語症 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
- 痴呆状態 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