

診療情報提供書（デイケア・リハビリテーション用）

ふりがな 氏名	男 女	生年月日 明・大・昭 年 月 日（ 歳）
現病名 及び 障害名	発症年月 年 月	既往病名 発症年月 年 月
	年 月	年 月
	年 月	年 月
	年 月	年 月
	年 月	年 月
	年 月	年 月
介護認定 無・有・不明（ ）	身体障害者手帳 無・有・不明（ 級）	
現在の状態		
現在の処方（コピー添付でも可）		
運動障害 無・有・不明（ ）	言語障害 無・有・不明（ ）	
知覚障害 無・有・不明（ ）	嚥下障害 無・有・不明（ ）	
認知症 無・有（軽度・中等・重度・不明）	精神障害 無・有・不明（ ）	
問題行動 無・有・不明（ ）	褥瘡 無・有・不明（ ）	
リハビリテーション上の留意点と禁忌事項		
感染症（MRSA、肝炎、梅毒、疥癬、ほか）		
次のいずれかが必須： <u>喀痰検査で結核菌陰性（ ） or 胸部CT検査で結核なし（ ）</u>		
アレルギー・禁忌（食物・薬剤等）	その他の特記事項	
緊急時の連絡先 及び 対応の方法		
令和 年 月 日		
医療機関名		
住所		
TEL・FAX		
医師氏名		印

※ 直近の血液検査等のデータのコピーを添付してください