リハビリテーション　診療情報提供書

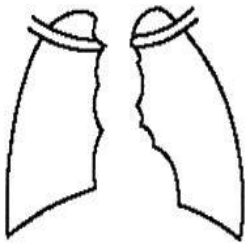
20190501

フリガナ 氏　名		男 女	大正 昭和　年　月　日（　歳）
主病名 （障害名）		既往名	
病　歴 （詳細にご記載下さい）			
処方薬			

入浴	入浴の可否（ 可 ・ 否 ）	食事	食事制限の有無（ 有 ・ 無 ）	食事形態
	※入浴時に注意する点をご記載下さい		※制限内容等を具体的にご記載下さい	主食:
				副食:
				トロミ:　あり（　cc）・ なし

リハビリテーション	運動負荷量の制限（ 有 ・ 無 ）	リハビリテーションに関する指示内容
	※中止基準等を具体的にご記載下さい	☐ 予防的支援　☐ 身体機能改善支援 ☐ 生活機能改善支援　☐ 精神機能改善支援 ☐ その他（具体的内容がございましたら、下記にご記載下さい）
	利用の目的	

【 胸部X線所見 】
（撮影日:　年　月　日）



【 心電図所見 】

血圧	/　mmHg	脈拍	/分

血液検査	白血球（　）赤血球（　）血色素（　）血小板（　）AST（　）TP（　） ALT（　）BUN（　）Cr（　）尿酸（　）血糖（　）アルブミン（　）
感染症	梅毒（ ＋ ・ ± ・ － ）　HBs抗原（ ＋ ・ － ）　HCV抗体（ ＋ ・ － ）　その他（　）
その他	※上記以外の注意事項や具体的な指示等がございましたら、ご記載下さい

令和　年　月　日　　医療機関名

医　師　名　　印

石和温泉病院（介護予防）通所リハビリテーション

リハビリテーション　診療情報提供書

20190501

石和温泉病院（介護予防）訪問リハビリテーション