

診 療 情 報 提 供 書

(通所リハビリテーション)

氏名		男・女	生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)		
病名					
経過					
身長	cm	尿 糖 ()	胸部X線(直接撮影) 1.異常なし 2.異常あり		
体重	kg	検 蛋白 ()			
血圧	/	査 潜血 () ()			
W B C		T P	B U N	C R P	
R B C		A L B	C R E	F B S	
H G B		G O T	N a	HbA1c (糖尿病の方)	
H C T		G P T	K		
P L T		T-CHO	C I	疥 癬	+ ・ -
麻痺・拘縮	なし あり ()				
認知症	正常 あり () M ()				
処方					
薬剤情報書などを添付していただいても結構です。					
備考(リハビリへの留意点等)					
上記のとおり診断します			平成 年 月 日		
所在地 医療機関 医師名					