

診療情報提供書(通所リハビリテーション)

6-7

春日部ロイヤルケアセンター

フリガナ 氏 名	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
診断名			
生活自立度	J(1・2) A(1・2) B(1・2) C(1・2)	認知度	I II(a・b) III(a・b) IV M
既往歴・経過 (手術がある場合は手術日・術式等)			
現在の状態			
処方内容			
指示事項			
リハビリテーション内容(リハビリに関するご指示・中止基準・禁忌事項等ございましたらご記入ください)			
集団入浴 : 可・不可		入浴許可できる血圧の範囲(/)	
※短時間デイの方は未記入でも構いません		不可の場合その理由	
感染症の有無		HBs抗原(－・＋) HCV抗体(－・＋) W氏(－・＋)	
食事制限 : 有・無		(内容)	
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 電話番号 医師名 印			