

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