

診療情報提供書（通所用）

フリガナ 氏名				男 ・ 女	生年月日 明・大・昭			(歳) 年月日		
傷病名	① (発症年月)			④ (発症年月)			(発症年月)			
	② (発症年月)			⑤ (発症年月)			(発症年月)			
	③ (発症年月)			⑥ (発症年月)			(発症年月)			
既往歴										
症状経過										
精神疾患と認知症の有無										
処方										
寝たきり度		正常 · J1 · J2 · A1 · A2 · B1 · B2 · C1 · C2								
認知度		正常 · I · II A · II B · III A · III B · IV · M								
身長/体重	()cm	()kg	血圧・脈・体温	() / ()mmHg	()回/分			()℃		
アレルギー	無 · 有 (薬) (食事)									
褥瘡	無 · 有 (部位程度) (処置)									
皮膚疾患	無 · 有 (部位程度) (処置)									
医療行為	□鼻腔栄養 □胃瘻 □IVH □気管切開 □バルンカテーテル □インスリン □在宅酸素 □人工透析 □人工肛門 □その他 ()									
感染症	結核性疾患 無 · 有			TPHA (+ · -)						
	X線実施日 (年 月 日)			HBs抗原 (+ · -)						
				HCV抗体 (+ · -)						
口腔機能向上 (どちらかにチェックをお願い致します)	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導			<input type="checkbox"/> 口腔清掃に関する指導						
入浴の可否 (短時間リハビリは記載不要です)	入浴可 · 不可 · 条件により可 ()									
	入浴及び移動に際しての指示									
上記のとおり診断いたします										
所在地										
令和	年	月	日	医療機関名						
医師氏名										
印										