

通所リハビリテーション 診療情報提供書

対象者氏名: (男・女)	生年月日: 年 月 日 (歳)
住所:	電話:
検査データ(検査日 年 月 日)	
・HBs抗原()・HCV抗体()・TPHA()・その他特記()	
胸部レントゲン 異常所見: 無 ・ 有 ()	
主疾患名:	
既往歴	
病状経過:	
内服薬(記載又は別紙添付):	
食事に関する指示: ・カロリー制限(無・有/ kcal) ・塩分制限:(無・有/1食 g)	
・主食(常食・全粥・他) ・副菜(常菜・軟菜・きざみ・ペースト・他)	
・水分制限(無・有/ ml) ・とろみ(無・有) ・その他(アレルギー、ワーファリン、禁忌等):	
リハビリ・入浴に関する指示(安静度):	
・体温(度以下) ・血圧(収縮期 ~ /拡張期 ~ mmHg)	
・脈拍(~ 回/分) ・その他(SpO2、呼吸状態、禁忌等):	
リハビリに関する指示:	
・開始前及び実施中の留意事項:	
・中止する際の基準:	
・運動負荷に関する指示:	
備考	

上記の診療情報に基づき、通所リハビリテーション及びサービス利用中の生活支援を実施してください。

医療法人財団 県南病院 通所リハビリテーション担当医 宛

年 月 日 記載 情報提供元医療機関名:

住所:

電話:

医師氏名:

印