

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