

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

担当医先生 御机下

診療情報提供書についてのお願い

お忙しいところ大変恐れ入ります。

県南病院デイケアご利用にあたり、主治医の先生に当施設所定の様式にて診療情報提供書をお願いしております。

血液検査および胸部レントゲン検査、リハビリ、入浴時の指示も必ずご記入をお願いいたします。

又、著しい状態の変化が見られる利用者様につきましては、再度診療情報提供書をお願いさせていただく場合がございます。

お手数おかけしますが、何卒ご協力をお願い申し上げます。

医療法人財団 県南病院デイケア

〒300-0841

茨城県土浦市中 1087

TEL 029-841-2016

FAX 029-843-5737

管理者 塚田篤郎

【記入例】

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: S ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳)
住所: ○○県○○市○○番地	電話: 000-000-0000
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 20○○年○月○日 異常所見: 無 ・ 有 ()	
主疾患名: 脳梗塞	
既往歴 高血圧、糖尿病、心不全 etc.	
病状経過: 20○○年○月○日意識障害、右片麻痺のため○○病院へ救急搬送。脳梗塞の診断で入院。○月○日リハビリ目的にて○○病院へ転院。○月○日自宅退院。	
内服薬(記載又は別紙添付): ○○ 1錠 ○○ 2錠 ○○ 3錠	
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(37.5 度以下) ・血圧(収縮期 80 ~ 180 /拡張期 50 ~ 120 mmHg) ・脈拍(40 ~ 120 回/分) ・その他(SpO2、呼吸状態、禁忌等): SpO2 90%以上	
リハビリに関する指示: ・開始前及び実施中の留意事項: 転倒に注意する ・中止する際の基準: 上記に準ずる ・運動負荷に関する指示: 呼吸苦や心肺機能に注意する	
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: ○○病院

住所: ○○県○○市○○番地

電話: 000-000-0000

医師氏名: ○○ ○○

印