【診療情報提供書】

利用者名： 殿（男・女）	大・昭・平　　年　　月　　日（生）

【診断名・既往歴】＊発症日・受傷日など詳しく記載お願いいたします。

【現病歴】

【服薬内容】　　*患者様用の薬の説明書のコピーでも可

服薬弊害食品：無　・　有（　　）　インンシュリン：無　・　有　（単位数：朝　　昼　　夕　　寝る前　　）

【感染症】

無　・　有　・不明

【栄養状況】　　＊体重測定、血液検査の実施がない場合は記載不要です。

半年で 3%以上の体重減少：　有　・　無

血清アルブミン値 3.5ｇ/ｄｌ：以上　・　以下

その他　：　（　　）

【注意事項】

＜リハビリ＞

中止血圧　：(収縮期　　/拡張期　　ｍｍＨｇ　以上)　(収縮期　　/拡張期　　ｍｍＨｇ　以下)

中止脈拍　：(　　回／分　以上)　(　　回／分　以下)

階段昇降　：　可　・　条件により可　・　不可

(不可の理由と実施条件：　　)

禁忌姿位　：　無　・　有　(　　)

※バイタルサインのご指示が特にない場合の中止基準は「リハビリテーション医療における安全管理・推進のためのガイドライン」に準じます。

【その他　通所リハビリ利用にあたっての特記事項】

上記の注意事項の上、通所リハビリの利用を可能と判断致します

年　　月　　日　　医療機関　所在地

名称

医師名