

診療情報提供書

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 M・T・S 年 月 日生(歳)	
住所	電話番号 () 携帯電話		
認知症	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	生活機能	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
介護度	要支援1 要支援2	要介護	1 2 3 4 5
1	障害の原因と なっている傷病名	・主 (発症 年 月 日) ・副	
2	既往歴 治療中の傷病名	ペースメーカー 有・無	
3	現在の治療薬 治療内容		
4	四肢及び 運動機能障害		
5	胸部X線検査 (年 月 日)	・異常なし (所見) ・異常あり	
6	心電図 (年 月 日)	・異常なし (所見) ・異常なし ・未検査	
7	皮膚疾患 (年 月 日)	・異常あり ・異常なし(疑を含む) 疥癬(部位) ※疥癬の既往歴 有・無 湿疹(部位) 褥瘡(部位) その他(部位と状態)	
8	平常時の血圧・脈拍	血圧 / mmHg 脈拍 / 分 整 不整	
9	入浴の可否 留意事項	可 否	
10	感染症	HBsAg(-・+・未検査) HCVAb(-・+・未検査) Wa氏(-・+・未検査) 他	

●リハビリ強化型通所介護や訪問介護での入浴・運動の目安にさせて
頂きますので記入お願い致します。

	入浴 可能範囲		運動 可能範囲	
	血圧	収縮期 mmHg	～ mmHg	収縮期 mmHg
	拡張期 mmHg	～ mmHg	拡張期 mmHg	～ mmHg
脈	回/分 ～ 回/分		回/分 ～ 回/分	
体温	℃ ～ ℃		℃ ～ ℃	
血糖値(糖尿の方)	mg/dl ～ mg/dl		mg/dl ～ mg/dl	
酸素量(肺疾患のある方)	※下限値のみ記載 %		※下限値のみ記載 %	
その他注意事項				

平成 年 月 日

(医療機関) 所在地
名称
医師名



株式会社 仁泉会
Casa東高松
641-0052 和歌山市東高松3丁目3-39
TEL 073-447-1117
FAX 073-447-1077