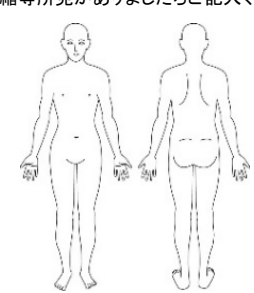


診療情報提供書

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 M・T・S・R 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
生活機能低下や障害の原因となっている傷病名と症状	主病名	(発症 年 月 日)			
	副病名				
既往歴 治療中の傷病名					
症状経過・治療内容 (治療薬も出来れば記載下さい)					ペースメーカー 有・無 麻痺・拘縮等所見がありましたらご記入ください 
胸部X線検査 (年 月 日)	所見				
心電図 (年 月 日)	所見				
皮膚疾患 (年 月 日)	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)				
入浴の可否	可 否				
感染症	HBsAg	陰性	陽性		
	HCVAb	陰性	陽性		
	TPHA	陰性	陽性		
	結核	陰性	陽性	※結核の既往歴 有・無	

●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いただきますので記入お願い致します。

平常時の血圧・脈拍	血圧	/	mmHg	脈拍	/分	整 不整
-----------	----	---	------	----	----	------

	入浴可能範囲 収縮期・拡張期とも上限と下限値をご記入下さい。		運動可能範囲 収縮期・拡張期とも上限と下限値をご記入下さい。	
	血圧	収縮期	mmHg ~ mmHg	収縮期
	拡張期	mmHg ~ mmHg	拡張期	mmHg ~ mmHg
脈	回/分 ~ 回/分		回/分 ~ 回/分	
体温	℃ ~ ℃		℃ ~ ℃	
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				

西暦 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