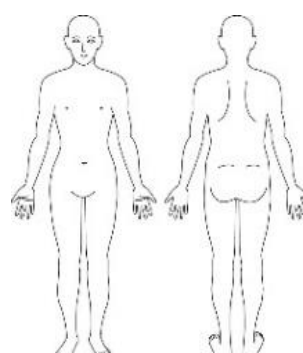


# 診療情報提供書

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 副病名	(発症 年 月 日)
既往歴 治療中の傷病名	ペースメーカー 有・無	
症状経過・治療内容 (治療薬も出来れば記載下さい)	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 PCR 陰性 陽性 結核 陰性 陽性	※その他MRSA等の感染症がある場合記入して下さい。  ※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		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。		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	mmHg ~ mmHg
	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