

診療情報提供書

訪問リハビリテーション サンクス米山

氏名		男・女	M・T・S	年	月	日生				
住所										
既往及び現病歴	病名	発症年数								
	①	_____	_____	年	月	日				
	②	_____	_____	年	月	日				
	③	_____	_____	年	月	日				
経過										
治療薬										
現在の状況	寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知度	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
一般状態	身長	cm	体重	kg	血圧	/	mmHg	脈拍	/分	整・不整
	麻痺	有・無（部位）								
	褥瘡	有・無（部位）								
	疥癬等の皮膚疾患	有・無（部位）								
	その他の留意すべき感染症	有・無（具体的に）								
添付資料	※必要に応じて添付をお願いします <input type="checkbox"/> 血液データ <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他（ ）									
問題点・リスク	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 頻脈 <input type="checkbox"/> 徐脈 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 高血糖 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> 心不全症状 <input type="checkbox"/> 過呼吸 <input type="checkbox"/> 易疲労 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> けいれん発作 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
訪問リハビリテーションの目的、実施上の留意事項など、備考										

上記の通り診断致します

令和 年 月 日

病院名

医師氏名

印