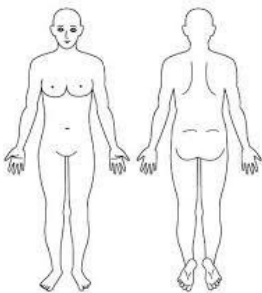
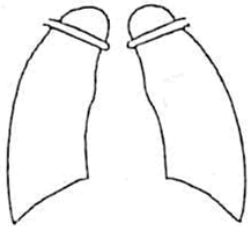


## 診療情報提供書

利用希望者氏名		男 ・ 女	生年月日	大正 年 月 日 昭和 ( 歳)
住 所	TEL — —			
病 名 既往歴	1	(昭和・平成 年 月 日)		
	2	(昭和・平成 年 月 日)		
	3	(昭和・平成 年 月 日)		
	4	(昭和・平成 年 月 日)		
	5	(昭和・平成 年 月 日)		
現在の治療投薬の内容				
麻痺・運動障害の状況				
褥 瘡	無 ・ 有 ※有の場合その処置法 ( )			
認知症	無 ・ 有			
アレルギー	無 ・ 有			
機能訓練	1. 関節可動域訓練 ( 可 ・ 不可 )    2. 負荷運動 ( 可 ・ 不可 ) 3. 立位訓練 ( 可 ・ 不可 )        4. 歩行訓練 ( 可 ・ 不可 )			
血 圧	平均血圧 / mmHg    脈拍    回/分  ≪入浴許可の指示値≫ 収縮期 ~ mmHg / 拡張期 ~ mmHg			
入 浴	可 ・ 不可 入浴の条件 ( )			
認知症高齢者の日常生活自立度 正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				
障害高齢者の日常生活自立度 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
ADL・移動方法などで注意すべき事項（皮膚の状態・各感染の対応方法等）もご記入ください。				

(裏面につづく)

※印につきましては、検査結果があればご記入お願い致します。

※ 心電図				
※ 胸部 X 線	異常 無 ・ 有 ( )			
				
	平成 年 月 日撮影			
※ 伝染性疾患 の徴候				
※ 感染症の有無	無 ・ 有 ( )			
※検査成績	MRSA	( )	ワツエルマン反応	( )
	HBs 抗原	( )	HCV	( )
	その他の感染症			
使用の有無	① ペースメーカー ( 有 ・ 無 )			
	② 人工骨頭・関節及び金属プレート ( 有 ・ 無 )			
上記の通り報告します。				
特定非営利活動法人 せかんど デイサービス				
令和 年 月 日				
所在地 医療機関名 電話番号 医師名				
				印