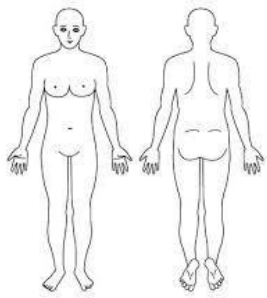
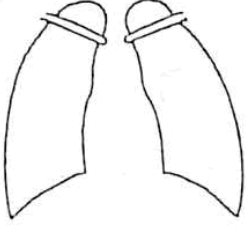


診療情報提供書

利用希望者氏名		男 ・ 女	生年月日	大正 昭和	年 (月)	日 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	()	ワツェルマン反応	()
	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				
平成 年 月 日				
所 在 地 医 療 機 関 名 電 話 番 号 医 師 名				
				印