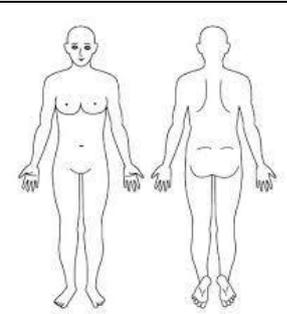
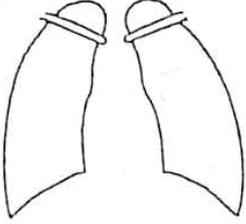


診療情報提供書

| | | | | | | | | |
|--|---|---------------|------|----------|---|---|---|------|
| 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 |