

主治医殿

貴院にてご加療中の患者様が、当施設の通所リハビリテーション(=デイケア)利用をご希望されておりますので、開始に当たり、以下内容をご記載いただき現在の状態について情報提供くださいますよう、宜しくお願い申し上げます。なお、この情報は当施設の利用目的以外には使用致しません。

医療法人社団 天宣会 北柏リハビリ総合病院  
北柏ナーシングケアセンター

**診療情報提供書(通所リハビリテーション)**

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	T・S	年	月	日(歳)	
診断名	1	発症時期						
	2	発症時期						
	3	発症時期						
既往歴	結核の既往: 無・有(発症時期)							
高次脳機能障害	無・有	症状に○⇒ [失語症 記憶障害 半側機能障害 遂行機能障害 注意障害 病識欠落 その他( )]						
治療経過								
処方内容								
所見	胸部X線					疥癬を含む皮膚疾患	無	有
		検査実施日(年 月 日)				褥瘡	無	有
感染症 ※特にHCV、HBs MRSAについて	無・有( )							
身長	cm		体重	kg				
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					HDS-R	/30点	
通所リハビリテーション利用	可・不可							
通所リハビリテーション利用目的	1 心身・ADL能力維持・向上		2 活動性維持・向上		3 家族の介助量軽減			
注意事項	4 生活の活性化		5 その他( )					
	1 血压管理		2 脈拍管理					
	3 血糖症状注意		4 その他( )					

上記の通り報告します

年 月 日

医療機関名  
 電話番号  
 医師氏名

印