

診 療 情 報 提 供 書 (通所・訪問リハビリ用)

介護老人保健施設 梅ヶ丘

ふりがな		生年月日		年齢	男・女
氏名				歳	
住所			TEL		
診断名					
既往歴 ・ 経過					
	認知症高齢者の日常生活自立度 (自立 ・ 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)				
リスク管理 ・ 中止基準					
特記すべき 事項					
内服薬処方		点 眼	(あり・なし) 薬品名・回数 ()		
		医療行為	<input type="checkbox"/> 点滴注射 <input type="checkbox"/> ストマ処置 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 朝 単位・夕 単位 自己注射 (可・不可) <input type="checkbox"/> その他 ()		
記載日：令和 年 月 日		医療機関名			
(直近診療日：令和 年 月 日)		住 所			
		電話番号			
		医 師 名			
		⑩			