

診療情報提供書（デイケア用）

ふりがな		生年月日	
氏名	様 男・女	明・大・昭	年 月 日（ 歳）
〒		TEL	
住所		TEL	
現病歴 及び障害名・発症年月		既往歴・発症年月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
服薬中の薬剤			
検査項目			
※胸部X線、心電図、血液検査、感染症等のデータがあれば最新のもののコピーを添付して下さい。		・MRSAについて 深部感染の疑いがある方は、必ず検査をお願いします。 ※検査の必要 有 ・ 無	
・特記事項		・結核について 結核の既往歴のある場合は、胸部レントゲンの添付をお願いします。 ※レントゲン添付の必要 有 ・ 無	
現在の身体状況			
運動障害 無・有（ ）		言語障害 無・有（ ）	
知覚障害 無・有（ ）		嚥下障害 無・有（ ）	
疥癬 無・有（ ）		皮膚障害 無・有（ ）	
精神障害 無・有（ ）		褥瘡 無・有（ ）	
認知症 無・有（ 軽度・中度・重度 ）		その他の障害 無・有（ ）	
問題行動（ ）			
リハビリテーション上の留意点・注意事項			
アレルギー・禁忌（食物・薬剤）・注意事項等		身体障害者手帳（ 級）	
緊急時の連絡先 及び対応の方法			
平成 年 月 日			
		医療機関名	
		住所	
		TEL	
		FAX	
		主治医 氏名	
		印	