

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			
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			
感染症（必須検査項目）			
HBs() HCV() W氏()	・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		
(入院時など1～2年前のデータでも可。コピーを添付下さい。)	・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	備考		
	身体障害者手帳(級)		
緊急時の連絡先 及び対応の方法			
※胸部X線、心電図、血液検査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。			
平成 年 月 日			
医療機関名			
住所			
TEL			
FAX			
主治医 氏名			
印			