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）
〒 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

感染症　（必須検査項目）

HBs(　　)　HCV(　　)　W氏(　　) （入院時など1～2年前のデーターでも可。コピーを添付下さい。）	**・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 **・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　) 問題行動(　　)	その他の障害　無・有(　　)

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。

年　　月　　日

医療機関名
住所
TEL
FAX
主治医　氏名　　印