

診療情報提供書（デイケア・ショートステイ用）

ふりがな	生年月日		
氏名	様 男・女	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			
HBs() HCV() W氏()	必須項目; MRSA() 結核()		
※可能な限り検査実施のうえ結果を添付して下さい。 (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)	※検査の必要; 有・無		
	※検査の必要が無いと判断された場合は下欄に理由の記載をお願いします。		
	理由;		
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()	皮膚疾患 無・有(病名;)		
精神障害 無・有()	褥創 無・有(部位;)		
認知症 無・有(軽度・中度・重度) 周辺症状()	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。			
令和 年 月 日			
医療機関名			
住所			
TEL			
FAX			
主治医 氏名			
印			