

通所リハビリテーション事業所 診療情報提供書

医療法人社団 三友会 あけぼの病院

医療機関名:

所在地:

電話番号:

医師名:

通所リハビリ担当医

フリガナ 利用者氏名		様 (男・女)		生年月日 大・昭 年 月 日( 歳)													
要介護の原因となった疾患名・状態等				情報提供目的 通所リハビリテーション実施のため													
現病歴																	
既往歴			処方・処置内容														
感染症 <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明																	
日常生活自立度																	
寝たきり度			認知症の状況														
自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V	M
その他治療中の疾病																	
リハビリテーションを実施する際の医学的管理 (医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)																	