

健康情報提供書 (通所リハビリ)

医療法人 越宗会 介護老人保健施設

玉串 す み れ 苑 施設長宛

〒578-0934 東大阪市玉串町西3丁目2-3

TEL 072-966-2000 FAX 072-966-2552

ふりがな				男	明・大・昭		
氏名				女	年 月 日 (歳)		
住所	〒 電話 () -						
身長	cm	体重	kg	血压	/	mmHg	脈拍 /分
現在の病 気及び 治療内容				既往歴			
処方内容							
四肢 及び 運動機能 障害				精神状態	認知症 (なし 軽度 中度 重度) 【所見】		
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり : 褥瘡・湿疹・疥癬・その他() : 部位・程度()						
尿検査	蛋白() 糖() 潜血()			実施日:	年 月 日		
感染症	HBs抗原 (+ ・ -)		TPHA抗体 (+ ・ -)		HCV抗体 (+ ・ -)		
血液検査	・白血球 ($10^2/\mu\ell$) ・赤血球 ($10^4/\mu\ell$) ・ヘモグロビン (g/dl) ・ヘマトクリット (%) ・血小板 ($10^4/\mu\ell$) ・アルブミン (g/dl)		・血清総蛋白 (g/dl) ・AST(GOT) (u/l) ・ALT(GPT) (u/l) ・CRP(定量) (mg/dl) ・CRP(定性) (+ ・ -) ・Na (mEq/l) ・Cl (mEq/l)		・K (mEq/l) ・BUN (mg/dl) ・クレアチニン (mg/dl) ・尿酸 (mg/dl) ・血糖 (mg/dl) 検査日: 年 月 日		
胸部X線	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 【所見】			撮影日: 年 月 日			
心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 【所見】			検査日: 年 月 日			
通所リハビリテーションに対する指示				個別リハビリに対する指示			
パワーリハに対する判定						(適 ・ 否)	
通所リハビリテーション施設での機能回復訓練に対する判定						(適 ・ 否)	

上記の通り診断いたします。

医療機関名 :

令和 年 月 日

所在地 :

担当医氏名 :

印

※3ヶ月以内のデータでお願いいたします。