

診療情報提供書

| | | | | | | |
|------------------------------|---------|-------|--|---------|---|---------|
| ふりがな 患者氏名 | | (男・女) | M・T・S | 年 | 月 | 日生 歳 |
| 患者住所 | 〒 | — | 電話番号 | () | — | () |
| | | | | | | |
| 診断名 | 1 | | 発症年月日 | S. H. R | 年 | 月 |
| | 2 | | 発症年月日 | S. H. R | 年 | 月 |
| | 3 | | 発症年月日 | S. H. R | 年 | 月 |
| 経過概要 (病状・治療状態) | | | | | | |
| 現在の処方 | | | | | | |
| | | | 認知症高齢者の生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 障害高齢者の生活自立度 (自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2) | | | |
| 指示事項 (番号に○印・指定部位があれば図示して下さい) | | | | | | |
| 1 | 関節可動域訓練 | | | | | |
| 2 | 筋力増強訓練 | | | | | |
| 3 | 基本動作訓練 | | | | | |
| 4 | 歩行訓練 | | | | | |
| 5 | ADL訓練 | | | | | |
| 6 | その他 | | | | | |

上記の通り、診療情報の提供及びリハビリテーションの実施を指示いたします。

令和 年 月 日

施設名

住 所

電 話

医師氏名

印