

通所リハビリテーション・短期入所 療養介護情報提供書及び指示書 (デイケア) (ショートステイ)

フリガナ					
氏名	男・女				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(歳)
住所					
通所リハビリテーション・短期入所 療養介護の利用に関して(可・不可)と思われる					
利用にあたっての 注意点・要望					
3ヶ月以内の 退院・退所日	平成	年	月	日	医療機関施設名()
現病歴	1	発症年月日(S・H 年 月頃)			
	2	発症年月日(S・H 年 月頃)			
	3	発症年月日(S・H 年 月頃)			
既往歴 (該当に✓をご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 脳血管障害(<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> その他: (S・H 年 月頃) <input type="checkbox"/> 心疾患((S・H 年 月頃) <input type="checkbox"/> 高血圧(S・H 年 月頃) <input type="checkbox"/> 上下肢骨折(部位: (S・H 年 月頃) <input type="checkbox"/> 脊椎骨折(S・H 年 月頃) <input type="checkbox"/> 骨折(部位: (S・H 年 月頃) <input type="checkbox"/> 閉塞性肺疾患(S・H 年 月頃) <input type="checkbox"/> 喘息 (S・H 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他()				
現在の病状・治療					
現在の処方 (薬剤情報コピーで可)				胸部 X 線 所 見	撮影年月日: 年 月 日 CTR %
					
障害の有無	視力 有・無	下肢 有・無	認知症	なし	
	聴力 有・無	上肢 有・無		あり: 軽度・中程度・高度・非常に高度徘徊・物忘れ	
	嚙下 有・無	言語 有・無		被害妄想・暴言・暴力・昼夜逆転・情緒不安定	
血液検査	HBS抗原()	TPHA()	CRP()		
	HCV抗体()	その他()			
尿検査	蛋白()	糖()	潜血()		
疥癬	不明・無・有(年 月 日頃)				
肺結核	不明・無・有(年 月 日頃)				
所在地	平成 年 月 日				
電話番号					
医療機関名	印				
医師氏名					