通所リハビリテーション　診療情報提供書

ご担当主治医　様

貴院にてご加療中の患者様が、当施設通所リハビリテーションのご利用を希望されておりますので、開始に当たり、以下内容をご記載いただき現在の状況について情報提供くださいますよう、宜しくお願い申し上げます。なお、この情報は当施設以外の利用目的以外には使用しません。

フリガナ 氏名		男　・　女	明治・大正・昭和　　年 月　　日　（　　歳）	
住所			TEL	
主たる傷病名および治療内容・経過				
既往歴				
感染症	有・無	※HCV,HBs,MRSAなど現在わかっているものがある場合記載ください。	アレルギー	有　・　無 （　　）
処方薬	※お薬手帳があれば詳細は必要ありません。			
入浴リハビリ実施範囲	体温	（　　）℃　～（　　）℃	脈拍	（　　）～（　　）回/分
	血圧	収縮期（　　）～（　　）mmHg		
		拡張期（　　）～（　　）mmHg		
注意点および禁忌事項				

※入浴/リハビリ実施範囲・禁忌事項に特記事項なければ記載不要

通所リハビリ利用目的	1.身心・ADL 能力維持向上　2.活動性維持向上　3.家族の介助量軽減 4.生活の活性化　5.その他（　　）
通所リハビリ利用	可　・　不可

年　　月　　日

医療機関
住　　所
電話番号
F A X
医師氏名　　印

※胸部X線、心電図、血液検査等のデータがあればコピーを添付してください。

ポート愛ランド。老健　通所リハビリテーション
〒650-0046 兵庫県神戸市中央区港島中町4-6
TEL：078-303-8702　FAX：078-303-8703