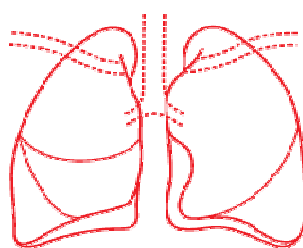


# 通所リハビリテーション・短期入所 療養介護情報提供書及び指示書 (デイケア) (ショートステイ)

フリガナ			
氏名	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 ( 歳)
住所			
<b>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</b>			
利用にあたっての 注意点・要望			
3ヶ月以内の 退院・退所日	令和	年	月 日 医療機関施設名( )
現病歴	1	発症年月日(S・H・R 年 月頃)	
	2	発症年月日(S・H・R 年 月頃)	
	3	発症年月日(S・H・R 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・R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 心疾患( (S・H・R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 高血圧 (S・H・R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 上下肢骨折(部位: (S・H・R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 脊椎骨折 (S・H・R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 骨折(部位: (S・H・R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 閉塞性肺疾患 (S・H・R 年 月頃) <input type="checkbox"/> 喘息 (S・H・R 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)			撮影年月日: 年 月 日 CTR % <div style="text-align: center;">  </div>
障害の有無	視力 有・無	下肢 有・無	なし あり: 軽度・中程度・高度・非常に高度徘徊・物忘れ 被害妄想・暴言・暴力・昼夜逆転・情緒不安定
	聴力 有・無	上肢 有・無	
	嚥下 有・無	言語 有・無	
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	令和 年 月 日		
電話番号			
医療機関名	印		
医師氏名			