

介護老人保健施設 愛しや 診療情報提供書

フリガナ 氏名	様	M・T・S	年	月	日生	歳	男・女
住所							
						TEL	()
主たる傷病名				発症年月日	年	月	日
既往歴							
現在の 心身 状況	運動障害 (筋力低下 運動麻痺 失調症状 構音障害 等) 問題なし・有 状態:						
	知覚障害 問題なし・有 状態:						
	高次脳機能障害 (注意障害 失行 失認 失語症 等) 問題なし・有 状態:						
	認知症状 問題なし・有 状態:						
	嚥下障害 問題なし・有 状態:						
	精神障害 問題なし・有 状態:						
	褥瘡 問題なし・有 状態:						
その他の障害 問題なし・有 状態:							
現在までの経過及び現状					投薬中の薬剤		
<input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション 利用に関する意見及び注意点 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション							
緊急時の対応							
医療機関名							
所在地 〒							
TEL							
令和 年 月 日						医師名	
⑩							