

主治医殿

貴院にてご加療中の患者様が、当院の通所リハビリテーション（デイケア）の利用をご希望されております。開始に当たり、以下内容をご記載いただき現在の状態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、この情報は当院の利用目的以外には使用致しません。

医療法人財団 暁

■ あきる台病院：13175200084

□ あきる台クリニック：1375200324

診療情報提供書

【通所リハビリテーション】

氏名				様			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	歳	性別	男・女
【主傷病名】							
現在の病状	安定・不安定・その他()						
【病状、治療状況及び検査結果】	□往診・□通院(回/月)						

利用する上での留意事項

血圧	通常値	/	mmHg	/	mmHg
	高めの傾向・低めの傾向・変動が大きい・普通				
	入浴・リハビリ中止の目安	/	mmHg	以上・以下	は中止
脈拍・呼吸	問題なし・あり	()		
	入浴・リハビリ中止の目安	/分	以上・以下	は中止	
感染症	問題なし・あり	()		

その他の留意事項、禁忌事項、質問事項等

上記の通り報告します

令和 年 月 日

医療機関名

電話番号

担当医

印