

診療情報提供書（通所リハビリテーション）

氏名 様 男・女	【生年月日】 明・大・昭 年 月 日生（ 歳）								
【主傷病名】									
【既往歴】									
【合併症】									
【症状経過、検査結果及び治療経過】									
【現在の処方薬】									
【感染症 HCV,HBs など】 無・有（ ）									
リスク管理	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;">通常血圧</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">／</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">リハ中止血圧（目安）</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;">／</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"> 注意事項（リハビリの中止基準など） 1.血圧管理 2.脈拍管理 3.疼痛管理 4.血糖症状注意 5.酸素飽和度管理 6.その他 </td> </tr> </table>	通常血圧	／	リハ中止血圧（目安）	／	注意事項（リハビリの中止基準など） 1.血圧管理 2.脈拍管理 3.疼痛管理 4.血糖症状注意 5.酸素飽和度管理 6.その他			
通常血圧	／	リハ中止血圧（目安）	／						
注意事項（リハビリの中止基準など） 1.血圧管理 2.脈拍管理 3.疼痛管理 4.血糖症状注意 5.酸素飽和度管理 6.その他									
緊急時の連絡先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">診療時間内：</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">診療時間外：</td> </tr> </table>	診療時間内：	診療時間外：						
診療時間内：	診療時間外：								

上記のとおり、通所リハビリテーションを依頼致します。

四方医院

_____年 月 日

通所リハビリテーション day care S

医師 四方 秀人 宛

医療機関名：

住所：

医師氏名：

印