

診 療 情 報 提 供 書

患者氏名：..... 生年月日：..... 年 月 日生

住 所：.....

診断名：.....

診断名：.....

診断名：.....

付 記

- 1.) 高血圧 あり
 なし
- ※ありの場合について
- 運動制限 あり
 なし
- 禁忌の血圧、脈拍（血圧最高 以上、 以下、脈拍 以上、 以下）
- 入浴制限 あり（具体的内容： ）
 なし
- 食事制限 あり（具体的内容： ）
 なし
- 2.) 虚血性心疾患 あり
 なし
- ※ありの場合について
- 運動制限 あり
 なし
- 禁忌の血圧、脈拍（血圧最高 以上、 以下、脈拍 以上、 以下）
- 入浴制限 あり（具体的内容： ）
 なし
- 食事制限 あり（具体的内容： ）
 なし

3.)腎疾患 ○あり (具体的内容：)
○なし

※ありの場合について

食事制限 ○あり (具体的内容：)
(K mg、Na mg、蛋白 g、水分 ml/日)
○なし

4.)皮膚疾患 ○あり (部位： 状態：)
○なし

※ありの場合について

入浴制限 ○あり (具体的内容：)
(浴槽入浴 (可・否)、洗身 (可・否)、洗身の方法 (手・タオル・スポンジ))
○なし

皮膚の感染症 ○あり⇒ありの場合、入浴サービスの提供は出来ません。
○なし

5.)リハビリテーション実施の際の禁忌の血圧、脈拍他 (血圧、脈拍は必ずご記入をお願いします。)

・血圧最高 以上、 以下 脈拍 以上、 以下
・その他注意事項 ()

6.)その他

・運動、入浴、食事の制限等
()

・内服薬の状況等
()

上記疾病を認めますがデイケアでのリハビリテーションを行うことに
問題はない状態と患者様の病状より判断致します。

.....年.....月.....日.....

病医院名：..... 医師名：..... (印)