

診療情報提供書(通所リハビリ・ショートステイ)

フリガナ 氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日生 (歳)																
傷病名																						
既往歴																						
処方内容																						
<p>〈 通所リハビリテーション・ショートステイを実施する上での留意事項 〉</p> <p>① 生活上の留意点(移動方法・入浴・食事制限等について)</p> <p>② <input type="checkbox"/> 口腔機能向上サービスの提供を必要とする (必要あれば<input checked="" type="checkbox"/>をし、何か指示がございましたら下記にご記入下さい。)</p> <p>③ リハビリテーションの内容・制限について</p>																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">HBs抗原</td> <td style="width: 20%;">(+・-)</td> <td style="width: 30%;">皮膚疾患</td> <td style="width: 20%;">無・有：</td> </tr> <tr> <td>【感染症】HCV抗体</td> <td>(+・-)</td> <td>疥癬</td> <td>無・有：</td> </tr> <tr> <td>MRSA(咽頭・鼻腔・喀痰)</td> <td>(+・-)</td> <td>【その他】褥瘡</td> <td>無・有：</td> </tr> <tr> <td>TPHA定性</td> <td>(+・-)</td> <td>その他</td> <td>無・有：</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">* 上記の他、最近実施した検査データがございましたら添付していただければ幸いです。</p>							HBs抗原	(+・-)	皮膚疾患	無・有：	【感染症】HCV抗体	(+・-)	疥癬	無・有：	MRSA(咽頭・鼻腔・喀痰)	(+・-)	【その他】褥瘡	無・有：	TPHA定性	(+・-)	その他	無・有：
HBs抗原	(+・-)	皮膚疾患	無・有：																			
【感染症】HCV抗体	(+・-)	疥癬	無・有：																			
MRSA(咽頭・鼻腔・喀痰)	(+・-)	【その他】褥瘡	無・有：																			
TPHA定性	(+・-)	その他	無・有：																			
診断日	令和	年	月	日	上記の通り診断します。																	
所在地																						
名称																						
電話					医師氏名	印																