

## 診 療 情 報 提 供 書

(通所リハビリテーション)

氏名		男・女	生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 ( 歳)		
病名					
経過					
身長	cm	尿 糖 ( )	胸部X線 (直接撮影) 1. 異常なし 2. 異常あり ( )		
体重	kg	検 蛋白 ( )			
血圧	/	査 潜血 ( )			
WBC		T P	BUN	CRP	
RBC		ALB	CRE	FBS	
HGB		GOT	Na	HbA1c	
HCT		GPT	K	(糖尿病の方)	
PLT		T-CHO	CI	疥 癬	+ ・ -
麻痺・拘縮	なし あり ( )				
認知症	正常 あり ( I II III IV M ) ( )				
処方					
薬剤情報書などを添付していただいても結構です。					
備考 (リハビリへの留意点等)					
上記のとおり診断します			令和	年 月 日	
所在地 医療機関 医師名					