

診療情報提供書

(訪問リハビリテーション)

氏名		男・女	生年月日 明・大・昭 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					