

通所リハビリテーションいこい利用情報提供書

氏名	様 男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日
住所 〒	—	電話		()		
病名				年	月	日発症
				年	月	日発症
				年	月	日発症
現病歴及び特記事項:						

内服薬						

胸部X線						
			身長	cm	体重	kg
			通常血圧	~ / ~	mmHg	
			脈拍	~ / 分		
			不整脈 有 ・ 無			
			血圧・脈拍にサービス施行時(入浴、リハ等)制限のある場合:			
			上限		下限	
			収縮期血圧	_____	_____	
			脈拍	_____	_____	
撮影	年	月	日			
感染症 : HBs抗原 (- ・ +) HCV抗体 (- ・ +) W氏反応 ()						
皮膚湿疹 有 ・ 無 有りの場合、疥癬の可能性 有 ・ 無						
褥瘡 有 ・ 無 有りの場合 部位()						
胃瘻 有 ・ 無 経鼻胃チューブ 有 ・ 無 膀胱カテーテル 有 ・ 無						
気管切開 有 ・ 無 その他医療措置()						
血液検査 : RBC 万、Hb g/dl、TP g/dl、Cr 、BUN						
血糖値 mg/dl、HbA1c % (糖尿病患者のみ)						
インフルエンザワクチン 年 月 日						
令和 年 月 日			医療機関名			
			所在地			
			電話			
			医師名			
			印			

*医療機関の方へ 半年以内の結果があればそのまま転記下さい。

通所リハビリテーション いこい
 埼玉県春日部市粕壁東1-11-12
 TEL:048-753-3600 FAX:048-755-0109