

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療法人くさの実会

老人保健施設リバーサイド春圃

医師 上田 亮 宛

医療機関の所在地、名称及び電話番号

医師の氏名

⑨

患者氏名	
性別 (男・女)	生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳)
傷病名	
既往歴	
経過及び今後の治療に関する情報	処方
感染症の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
リハビリテーション	注意事項
・日常生活動作訓練	可・注意して可・不可・否
・歩行訓練	可・注意して可・不可・否
介護を受けるにあたっての留意事項	
・血圧について	特になし・あり ()
・入浴について	特になし・あり ()
・嚥下について	特になし・あり ()
・摂取について	特になし・あり ()
・移動について	特になし・あり ()
その他	