うるるリハビリクリニック東久留米

通所リハビリテーション用　診療情報提供書

<table>
<tr><td>利用者氏名</td><td>性別
男・女</td><td colspan="2">生年月日
M・T・S・H　　年　　月　　日　　歳</td></tr>
<tr><td colspan="4">住所</td></tr>
<tr><td colspan="2">現在加療中の病名・経過（術式等）・症状</td><td colspan="2">既往歴</td></tr>
<tr><td colspan="4">現在服用中の薬名と処方内容</td></tr>
<tr><td colspan="4">診察時の所見
＜血圧＞　　～　　ｍｍＨｇ
（平常時）１、高め傾向　　２、低め傾向　　3、変動が大きい
＜感染症＞　　無　　有（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">リハビリテーション実施に関するご意見
可能（留意点）

不可能（理由）

入浴（ご希望者のみご記入ください。中止基準があればご記入ください。）
可能（留意点）
不可能（理由）</td></tr>
</table>

※この提供書の料金は利用者負担です。

通所リハビリテーション実施にあたり上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話

医師名　　印