

## 診療情報提供書

一般財団法人 神戸マリナーズ厚生会 神戸マリナーズ厚生会病院  
訪問リハビリテーション

氏名	様(男・女)	生年月日	M・T・S	年	月	日生(才)
発症日	年 月 日	直近の入院日	年 月 日	直近の退院日	年 月 日	
傷病名						
合併症・コントロール状況	(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)					
廃用症候群	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					

経過 等

①	疾病ならびに治療上の留意事項	
②	バイタルサイン上の留意事項	
③	運動機能からの留意事項	
④	精神面からの留意事項	
⑤	介護サービス提供上の留意事項	
⑥	その他 (体調の変化・ケアプラン全体への留意事項)	
⑦	投薬内容	

運動療法を必要とする

当施設にて、運動療法を実施してもよい場合は、チェックボックスに  を記入してください

年 月 日

住 所：

医療機関名：

医 師 名：

印

なお、上記の診断は診察時の状況にもとづくものである。