

診療情報提供書

医療法人社団東光会 茂原中央病院 担当医殿
 紹介元医療機関 (名称・所在地・電話番号)

年 月 日

主治医氏名

印

患者氏名:

男 ・ 女

生年月日: T ・ S 年 月 日

傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)

既往歴・合併症

症状経過・検査結果・治療経過 (投薬状況)

依頼内容		<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
	目的	<input type="checkbox"/> 生活機能改善 <input type="checkbox"/> 生活機能低下予防 <input type="checkbox"/> 生活機能維持 <input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> その他()
	留意事項	<input type="checkbox"/> 中止基準 ①血圧 _____mmHg / _____mmHg 以上 ・ 以下 ②脈拍 (_____回) 以上 ・ 以下 ③酸素飽和度 Spo2 _____% 以下 <input type="checkbox"/> 禁忌事項 <input type="checkbox"/> その他()

見本

診療情報提供書

医療法人社団東光会 茂原中央病院 担当医殿
紹介元医療機関 (名称・所在地・電話番号)

2022 年 2 月 2 日

もばら〇〇医院
茂原市〇〇123-4
0475-12-3456

主治医氏名

茂原 太郎

印

患者氏名:

男・女

桜田 花子

生年月日: T・S 11 年 11 月 11 日

傷病名 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)

- # 1 脳梗塞 (右片麻痺、失語症)
- # 2 右大腿骨頸部骨折

既往歴・合併症

- # 3 高血圧症 (平成18年より当院にて服薬加療)

症状経過・検査結果・治療経過 (投薬状況)

- ・H27/4/1に#1発症し、A医療機関に救急搬送される。その後リハビリテーションを目的にB医療機関に転院し、T字杖歩行でADL自立した為、11/1自宅退院となる。
- ・H28/2/1散歩中転倒、#2受傷し、A医療機関にて大腿骨頭置換術を施行、リハビリテーション受け3/31車椅子での自宅退院となった。
- ・高血圧については120/70台でコントロール良好。
- ・服薬状況は別紙参照。

依頼内容	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション
	目的 <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能改善 <input checked="" type="checkbox"/> 生活機能低下予防 <input type="checkbox"/> 生活機能維持 <input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> その他()
留意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 中止基準 ①血圧 <u>200</u> mmHg / <u>100</u> mmHg <input checked="" type="radio"/> 以上・以下 ②脈拍 () 回以上・以下 ③酸素飽和度 Spo2 _____ % 以下 <input type="checkbox"/> 禁忌事項 体熱感があるようですが、採血で炎症反応上昇は無く、熱源を示唆する所見はありません。 <input checked="" type="checkbox"/> その他(平熱+1℃程度を目安に本人の自覚症状をみつつリハビリをすすめて頂ければと考えます。)