

診 療 情 報 提 供 書

当施設の利用目的： 通所リハビリテーション										
氏名	様					性別	男・女			
生年月日	年 月 日					年齢	歳			
現病歴・既往歴						処方				
認知症	無・有									
		認知症自立度 I・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV								
胸部X-P 所見	結核所見 有・無					撮影日	年 月 日			
						検査日	年 月 日			
WBC		Alb		Cr		HBs抗原		LDL		
RBC		GOT		Na		HCV抗体		中性脂肪		
Hb		GPT		K		褥創		Glu		
HT		γ-GTP		Cl		皮膚疾患		HbA1C		
Plt		BUN		CRP		HDL		PT-INR		
肺炎球菌ワクチン接種(未 ・ 済 ・ 不明)										
上記の状態にて介護保険におけるサービスの利用(可 ・ 否)と認めます。										
						年 月 日				
医療法人			所在地							
			電話							
			名称							
			医師氏名							