

鹿教湯三才山リハビリテーションセンター 御中

診療情報提供書(No1:主治医用)

記載日： 年 月 日

紹介元医療機関の所在地および名称

地域連携診療計画書(パス)使用

地域連携診療計画書(パス)未使用

〒 住所

電話番号

FAX番号

担当診療科

医師名

印

※以下の太枠部分の情報につきましては、当院様式以外でも構いません。

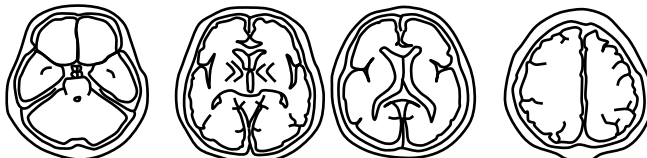
(ふりがな) 患者氏名	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日(才)
----------------	-----	------	------------	---	---	------

主病名(病巣) 脳梗塞の場合: <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> ラクナ <input type="checkbox"/> 心原性 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 不明	その他の病名
--	--------

発症日	年	月	日	(合併症)コントロール状況をお書きください。腎障害はクレアチニン値を記載してください。
初回発症日(再発等の場合)	年	月	日	
手術日	年	月	日	

廃用症候群	<input type="checkbox"/> あり (平成26年診療報酬点数表様式22「廃用症候群に係わる評価表」を別途貼付してください。 起算日 年 月 日
-------	--

既往歴・家族歴	
---------	--

治療経過 (病状の経過や治療の経過・最近の検査結果・治療上の留意点・問題点等お書き下さい。 また、今後手術等が必要になるような場合は、概ねの治療計画もお書き下さい。)	<input type="checkbox"/> 別紙参照	脳の画像所見 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI 年 月 日施行
		
現在の処方(注射・点滴・処置等を含む)		

てんかん発作	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 複数回)	リハビリを行う際の注意点
MRI撮影について	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	

感染症の有無 (検査済みの項目がありましたら御記入下さい)	HCV抗体(-・+) HBs抗原(-・+) MRSA感染(-・+ 部位) MRSA保菌(-・+ 部位) TPHA(-・+) インフルエンザワクチン(未・済 年 月実施) その他()
----------------------------------	--

アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
----------	---

紹介目的 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 医療保険病棟 <input type="checkbox"/> 一般病棟 <input type="checkbox"/> 障害者施設病棟 <input type="checkbox"/> 地域包括ケア <input type="checkbox"/> 回復期リハ <input type="checkbox"/> 医療療養 <input type="checkbox"/> post-ICU病床 <input type="checkbox"/> 指定療養介護(筋ジストロフィー、重症心身障害者、ALS等の患者が対象です詳細はご相談ください。)	<input type="checkbox"/> 介護療養病棟 <input type="checkbox"/> 医学的管理のもとで介護の必要性が高いため <input type="checkbox"/> 家人の都合 <input type="checkbox"/> 施設入所待機 <input type="checkbox"/> 介護者がいない
-----------------	--	--

入院目的のコメントがあればご記入ください	
----------------------	--

髄液シャントについて	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [名称: 最終圧: (年 月 日)] アンチサイフォンバルブ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり、フラッシングデバイス位置:
------------	--

*疾患、障害、生命や機能の予後、急変時の方針等が説明してある場合はその内容をご記入ください。

現在、他科に受診されている場合はその診療科と必要事項をお書き下さい。(他科の詳細な情報提供は貴院の書式のもの添付していただいても結構です。)	受診科名 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> その他(科) 処方内容
--	---