

おゆみの診療所診断書(通所リハビリ用)

フリガナ			生年月日		
氏名	男 ・ 女		明治 ・ 大正 ・ 昭和		
住所			年 月 日 (才)		
病 名	診断名	発病年月日	体 格	身長 cm	
				体重 Kg	
				病 歴	
既往 歴					
A D L	食事 (自立 ・ 半介助 ・ 全介助)		歩行 (自立 ・ 半介助 ・ 全介助)		
	排泄 (自立 ・ 半介助 ・ 全介助)		移動 (可 ・ 半介助 ・ 寝たきり)		
	着脱 (自立 ・ 半介助 ・ 全介助)		車椅子 (自立 ・ 半介助 ・ 全介助)		
	入浴 (自立 ・ 半介助 ・ 全介助)		整容 (自立 ・ 半介助 ・ 全介助)		
皮膚の状態		血圧			
精神状態		心臓(心電図)			
内 服 薬	有 無				
医 師 の 所 見	日常生活の注意点 リハビリ実施における注意点 (リハビリ実施 適 ・ 不適)				
画 像 診 断	胸部レントゲン所見		感染症		
			ワ氏反応 + -	MRSA + -	
			HBs抗原 + -	(咽頭 ・ 鼻控 ・ 痰)	
		HCV抗体 + -	疥 癬	有 無	
(年 月 日撮影)		(年 月 日 検査)			
医 療 機 関 名	平成 年 月 日 所在地 名称 医師 電話番号				
	印				