

令和 年 月 日

回復期リハビリテーション病棟紹介状(診療情報提供書)

国際医療福祉大学塩谷病院
回復期リハビリテーション病棟 担当医 宛

所在地

医療機関名

電話番号

診療科

医師氏名

印

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名					

傷病名	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位) <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患() <input type="checkbox"/> 循環器疾患() <input type="checkbox"/> 腎疾患() <input type="checkbox"/> その他()
障害名	<input type="checkbox"/> 片麻痺(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 単麻痺 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他()
合併症	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患() <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患() <input type="checkbox"/> 腎疾患() <input type="checkbox"/> その他()
症状 治療経過 及び 検査結果	発症日(令和 年 月 日)
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 : MRSA (+・-) 緑膿菌 (+・-) その他()
現在の処方	(薬剤情報を添付をして頂いても結構です)
備考	

最新の画像診断フィルム及び検査結果、手術記録、薬剤情報を添付して下さい。