

担 当 医 様

【 通所リハビリテーション(デイケア)利用のための
診療情報提供書作成のご依頼 】

平素は大変お世話になっております。

通所リハビリテーション(デイケア)は、病院や老人保健施設にて食事・入浴などの日常生活上の支援や、生活動作能力向上のためのリハビリテーションを、日帰りでおこなうサービスです。

つきましては、普段かかりつけでいらっしゃいます先生方に、患者様の疾患についての情報やリハビリテーションに関するご意見をいただき、利用判定及びご利用中のリハビリテーションの実施内容の参考にさせて頂きたく、別紙、診療情報提供書の作成をお願い申し上げます。

ご不明の点がございましたら、クレオ・デイケア担当相談員までご連絡いただければ幸いです。

お忙しいなか誠に恐縮ですが宜しくお願い致します。

介護老人保健施設 クレオ

TEL:04-7179-7700

FAX:04-7179-7701

(担当: 相談員 佐藤)

三村

※デイケアの利用開始に際しましては、1年以内に胸部X線検査を受けられていることが必要となります。1年以内に受けられていない場合は、検査をお願いしております。

※その他の感染症につきましては、把握されている範囲での記載で結構です。

診療情報提供書

介護老人保健施設 クレオ 行

年 月 日

【 紹介元医療機関の所在地及び名称、電話番号 】

医師氏名

⑩

フリガナ		明治	
利用者名:	殿 男・女	生年月日:	大正 年 月 日 昭和
診 断 名			
既 往 歴			
症状経過 及び 現状		投薬	
<p>※3ヶ月以内に血液検査(血算・生化学一般)を実施されている場合には、 そのデータのコピーを添付していただけると幸いです。</p>			
<p>デイケア(通所リハビリテーション)利用に関するご意見</p> <p>現在の心身状況における問題点・デイケアへの希望</p>			
<p>禁忌・注意事項</p> <p>運動時の注意点 無 ・ 有 ()</p> <p>入浴時の注意点 無 ・ 有 ()</p> <p>その他の注意点 無 ・ 有 ()</p>			
<p>感染症について</p> <p>肺結核 無 ・ 有 (胸部X線 年 月 日実施)</p> <p>その他の感染症 無 ・ 不明 ・ 有 ()</p>			

介護老人保健施設クレオ利用申込書

施設長 渡邊 禮次郎 殿

年 月 日

申込者 〒 _____

住所

氏名 _____ 印

電話番号 _____

フリガナ				明治	大正	昭和
利用者氏名	男 女	生年月日	年	月	日	(歳)
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____					
希 望	1 入所 2 ショートステイ 3 通所(デイケア)					
希望理由						
保険 その他	1 後期高齢者医療		2 国民健康保険		3 社会保険	
	生活保護	有 無	公費		有 無	
	身体障害者手帳	有 無				
介護保険	保険者番号					
	被保険者番号					
	要介護度	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5			
	認定の有効期限	年 月 日 ~		年 月 日		
緊急時連絡先	1 氏名 :		電話番号 () _____		_____	
	続柄 :		携帯電話 () _____			
	2 氏名 :		電話番号 () _____		_____	
	続柄 :		携帯電話 () _____			
退所後の予定	1 自宅					
	2 特別養護老人ホームに入所申請済み () _____					
	3 特別養護老人ホームに入所申請予定 () _____					
	4 その他 () _____					

* 頂いた個人情報は、介護老人保健施設クレオ 利用申し込みに関わる手続きにのみ使用し他の目的には使用しません。