さくらしんしろデイケアセンター診断書

フリガナ		明治 ・ 大正 ・ 昭和	
氏名		年 月 日生（ 才）	
住所		体格	身長 cm 体重 kg

現病歴		年 月 日発症	既往歴		年 月頃
		年 月 日発症			年 月頃
		年 月 日発症			年 月頃
		年 月 日発症			年 月頃
		年 月 日発症			年 月頃
入院歴					

現在の状況

【病状としての見通し】 □改善 □不変 □悪化

【リハビリの可能性】 □積極的に □現状維持 □不可

【受診状況】 □定期的 □不定期 □なし

【受診手段・方法】 □自力 □要介助 □車いす □往診

【服薬指示】 □なし □あり

指示事項（リハビリやインスリン、浣腸等特に必要のある場合に記入）

投薬内容（複写添付可能）

【介護に際して注意すべき特記事項（認知症の程度・精神神経症状の有無等）】

通所リハビリテーション利用の可否	可 ・ 否 と判断いたします。

〈 血圧 〉 低値「 / mmHg」以下 高値「 / mmHg」以上 中止

〈 体温 〉 ℃ 以上

〈 脈拍・呼吸についての中止事項 〉（ ）

その他 参考意見 （血圧 ・ 摂食 ・ 移動等）

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医 師 氏 名 印