

介護情報提供書

令和 年 月 日 ()

送付先:

事業所 : 介護老人保健施設めぐみ
通所リハビリテーション
所在地 : 江戸川区東小松川2-7-1
TEL : 03-5661-3882
FAX : 03-3674-7045
施設長 : 福井 正徳

この介護情報提供書は、通所リハビリテーション管理者が主治医に対する情報提供と、その後の連携を取りやすくすることを目的に作成された書式です。
情報提供や助言を、ご返信いただければ幸いです。

※この情報提供については、本人から同意を頂いております。

施設長⇒主治医

本人情報

利用者氏名 : (男性・女性)
生年月日 :
住所 :
連絡先 :

内容 (担当開始 ・ 連絡事項 ・ ご相談)

お世話になっております。介護老人保健施設めぐみ施設長の福井正徳です。
弊社の通所リハビリテーションをご利用するにあたり、下記記載して頂ければ幸いです。
情報を元に適切な運営をして参りたい所存でございます。
宜しくお願い致します。



主治医⇒施設長

特記すべき留意事項

禁忌・動作制限等: なし・あり⇒ ()
中止基準: ①収縮期血圧: _____ mmHg以上 / _____ mmHg以下
拡張期血圧: _____ mmHg以上 / _____ mmHg以下
②脈拍 頻脈: _____ 回/分以上 徐脈: _____ 回/分以下
③酸素飽和度: SPO₂: _____ %以下
感染症: なし・あり⇒ (B型肝炎、C型肝炎、TPHA、TB既往、その他 ()) ※把握している感染症をご記入下さい。

通所リハビリ 必要あり ・ 必要なし

医療機関名

主治医氏名