

記入日 平成 年 月 日 ()

紹介元

所在地
名称

TEL
医師名

印

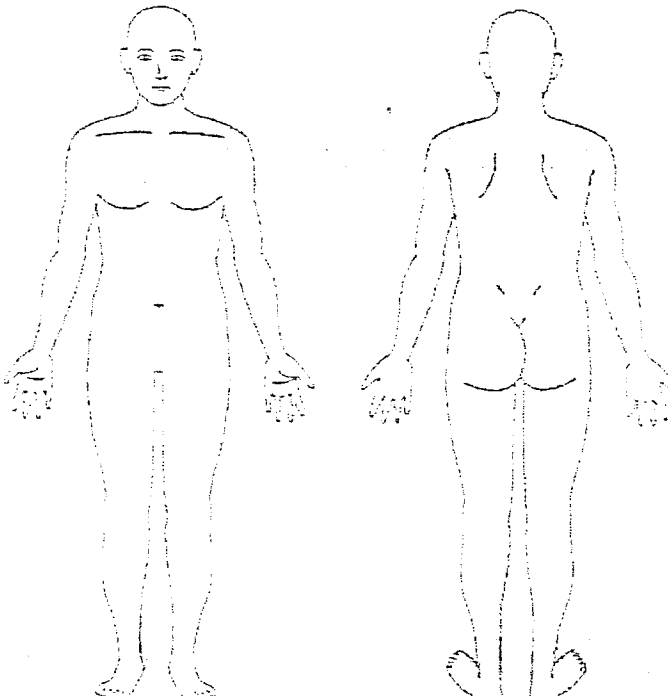
氏名	様 (男・女) M・T・S	年	月	日生	歳
----	---------------	---	---	----	---

傷病名とその発症年月 (生活機能の低下の原因となった傷病名等)

既往歴とその発症年月

症状経過、検査結果及び治療経過

麻痺・拘縮・褥瘡の部位、その他陽性所見を記入して下さい



現在の処方

禁忌薬剤 ()

障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) : 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知症高齢者の日常生活自立度 : 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

現状の問題点・課題 (今後予想されるリスク)

備考

