

# ショートステイ・デイケア利用時診断書

利用者 氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
住所	〒	電話	( )
病名(症状)			
既往歴			
診断項目等	(1)結核の既往 (有・無)	(4)HBs抗原 ( + - )	(5)HCV抗体 ( + - )
	(2)疥癬 ( + - )	(5)TPHA ( + - )	
	(3)MRSA (咽頭・鼻腔・痰)( + - )		
現処方 内容			

## リハビリ

リハビリ依頼	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/>	PT OT ST
禁忌及び注意事項	無 <input type="checkbox"/> ・ 有 <input type="checkbox"/>	コメント

入浴およびリハビリテーションが可能な場合は、血圧・体温をご教示下さい。

収縮時血圧 : mmHg以下で入浴可能

体 温 : °C以下で入浴可能

その他注意事項等記入欄

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

印

※初回利用時のみ提出