(予防)通所介護 利用留意事項確認書

令和　　年　　月　　日

主治医･担当介護支援専門員 様

ご担当の利用者様が「もりぐち清水会病院 橋波リハビリセンター」において機能訓練サービスを希望されております。機能訓練実施にかかる留意点等の情報をいただきたく存じます。ご多忙の中恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

記載担当者

□ 医療機関名:　　主治医氏名　　(　　)

□ 居宅介護支援事業所:　　ケアマネージャー氏名(　　)

･住所:

･ 電話:　　･FAX:

フリガナ		男・女	明・大・昭 年　月　日(満　歳)
ご利用者氏名			
ご利用者住所	〒　ー 電話　ー　ー		

かかりつけ医療機関 主治医名:			
既往歴	年　月頃	年　月頃	
	年　月頃	年　月頃	
現病歴	年　月頃	年　月頃	
	年　月頃	年　月頃	
現在処方されているお薬			
感染症について:　無・有　留意事項(　)			
血圧 許容範囲:　留意事項(　)			
脈拍 許容範囲:　留意事項(　)			
体温 許容範囲:　留意事項(　)			
機能訓練サービス実施にあたっての留意事項及び指示等			

＊担当ケアマネージャー様でご記入いただいても結構です。

もりぐち清水会病院 橋波リハビリセンター