リハビリテーション専門職訪問事業　利用者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | □ ひとり暮らし　□ 高齢者世帯　□ その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 現病歴 | 病　名 | | ① | | | ② | | | ③ | | |
| いつから | |  | | |  | | |  | | |
| 病院名  （医師名） | |  | | |  | | |  | | |
| 治療の状況  お薬の状況 | | ・治療中  ・経過観察中  ・その他 | | | ・治療中  ・経過観察中  ・その他 | | | ・治療中  ・経過観察中  ・その他 | | |
| 通院頻度 | | 月･　週　回 | | | 月･　週　回 | | | 月･　週　回 | | |
| 生活･活動の注意点  禁止事項  など | |  | | |  | | |  | | |
| 既往歴 | 病　名 | | ① | | | ② | | | ③ | | |
| いつ頃 | |  | | |  | | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |
| 生活状況 | ①　　　　　　　　　　　　　　②  ③　　　　　　　　　　　　　　④ | | | | | | | | | | |
| 曜日 | 日 | | 月 | 火 | | 水 | 木 | | 金 | 土 |
| 午前 |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 午後 |  | |  |  | |  |  | |  |  |