

診療情報提供書

年 月 日

紹介先施設

寝屋川ひかり病院リハビリテーション科

フリガナ	
利用者氏名	(男 ・ 女)
生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)
住所	
傷病名	
既往歴	
合併症	
現在の治療・ 投薬内容など	
通所リハ利用に あたっての 指示事項	<input type="checkbox"/> 転倒注意 <input type="checkbox"/> 負荷をかけすぎない() <input type="checkbox"/> 歩行練習 <input type="checkbox"/> 立位練習 <input type="checkbox"/> 移乗練習 <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> その他()
禁忌物療器具	無 ・ 有 禁忌器 具()
注意事項	
所在地 医療機関名 担当医師名 印	

(医)全心会 寝屋川ひかり病院

Q-4-NB-リ-50-4

