

# 診療情報提供書

年 月 日

紹介先施設

寝屋川ひかり病院

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| フリガナ                                    |  |   |  |
| 利用者氏名                                   | ( 男 ・ 女 )  |   |  |
| 生年月日                                    | 大正   | 年   | 月 日 ( 歳 )  |
| 住所                                      |  |   |  |
| 傷病名                                     |  |   |  |
| 既往歴                                     |  |   |  |
| 合併症                                     |  |   |  |
| 現在の治療・<br>投薬内容など                        |  |   |  |
| リハビリ利用に<br>あたっての<br>指示事項                | <input type="checkbox"/> 転倒注意<br><input type="checkbox"/> 歩行練習<br><input type="checkbox"/> 筋力増強<br><input type="checkbox"/> その他( )                                   | <input type="checkbox"/> 負荷をかけすぎない( )<br><input type="checkbox"/> 立位練習<br><input type="checkbox"/> 関節可動域練習                        | <input type="checkbox"/> 移乗練習<br><input type="checkbox"/> ADL練習  |
| 禁忌物療器具<br>使用を禁止するも<br>のにチェックを<br>お願いします | <input type="checkbox"/> ホットバック<br><input type="checkbox"/> ハドマー<br><input type="checkbox"/> 干渉波<br><input type="checkbox"/> マイクロ<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 腰椎牽引<br><input type="checkbox"/> 頸椎牽引<br><input type="checkbox"/> 足浴器<br><input type="checkbox"/> マッサージ機 | <input type="checkbox"/> エルゴメーター等<br><input type="checkbox"/> 筋カトレーニング器具<br><input type="checkbox"/> シックスパッド<br><input type="checkbox"/> 超音波 |
| 注意事項                                    |  |   |  |
| 所在地<br>医療機関名<br>担当医師名                   |  |   |  |
|   |  |   | 印  |