

診療情報提供書兼リハビリテーション指示書

ふりがな 患者氏名		(男・女)	M・T・S	年	月	日生 歳
患者住所	〒	電話番号	()	—		—
診断名	1	発症年月日	S. H. R	年	月	日頃
	2	発症年月日	S. H. R	年	月	日頃
	3	発症年月日	S. H. R	年	月	日頃
経過概要 (病状・治癒状態)						
現在の処方						
サービス提供時における留意事項 (注意事項・禁忌など)						
指示事項 (番号に○印・指定部位があれば図示して下さい)						
1	関節可動域訓練					
2	筋力増強訓練					
3	基本動作訓練					
4	歩行訓練					
5	ADL訓練					
6	その他					

上記の通り、診療情報の提供及びリハビリテーションの実施を指示いたします。

令和 年 月 日

施設名

住 所

電 話

医師氏名

印