

ほそたにクリニック通所リハビリテーション 診療情報提供書

氏名	様	生年月日	年 月 日	男 ・ 女
----	---	------	-------	-------

住所	TEL ()
----	---------

主たる傷病名	既往歴
--------	-----

現在の心身状況	運動障害（筋力低下・運動麻痺・失語症状・構音障害 等） 問題なし・有 状態：
	知覚障害 問題なし・有 状態：
	高次機能障害（注意障害・失行・失認・失語症 等） 問題なし・有 状態：
	認知障害 問題なし・有 状態：
	嚥下障害 問題なし・有 状態：
	精神障害 問題なし・有 状態：
	褥瘡 問題なし・有 状態：
その他の障害 問題なし・有 状態：	

現在までの経過及び状況	投薬中の薬剤
-------------	--------

通所リハビリテーション利用に関する意見及び注意点

緊急時の対応

医療機関名
所在地 〒
TEL
令和 年 月 日 医師名