

診療情報提供書

医療法人社団東光会 茂原中央病院 担当医 殿

患者氏名：	性別： 男 ・ 女
生年月日： 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日（ 歳）	
住所：	電話番号： — —

傷病名（生活機能の低下の原因となった傷病名等）

既往歴・合併症

症状経過・検査結果・治療経過

現在の処方内容

リハビリ開始にあたり留意事項・中止基準・負荷量など(いずれか1つ以上)

転倒 脱臼肢位【 】 糖尿病・血糖状態【 】
 血圧【 】 不整脈【 】 疼痛【 】
 運動負荷【 】 物理療法の禁忌【 】

その他	
-----	--

紹介元医療機関

所在地：

名称：

電話番号：

年 月 日

医師氏名 _____ 印