神立病院　診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

情報提供元医療機関名:

住所/TEL/FAX:

診療科・医師名:　　科　　㊞

ふりがな **患者氏名:**　　男 女		**生年月日**　M　T　S　H 年　月　日生　才
患者住所:		**TEL:**
入院目的:　リハビリ　療養　その他(　　)		
病名	1、	(　年　月　日発症) (　年　月　日Ope)
	2、	(　年　月　日発症) (　年　月　日Ope)
	3、	(　年　月　日発症) (　年　月　日Ope)
	4、	(　年　月　日発症) (　年　月　日Ope)
既往歴:		

症状経過・検査結果及び治療経過	**内服・処置・点滴等の内容** 本人管理 ・ Ns管理

疾病・障害についての説明

本人:

家族:

リハビリテーション	内容	脳血管 ・ 運動器 ・ 呼吸器 ・ 心大血管　　(訓練室 ・ Bed side) ☐ 関節可動域運動　☐ 日常生活動作練習　☐ 摂食機能訓練　☐ 言語療法 ☐ 筋力増強運動　☐ 基本動作練習　☐ 間接的嚥下訓練 ☐ 歩行練習　☐ 高次脳機能訓練　☐ その他(　　)
	評価	