

湯村温泉病院 短時間通所リハビリテーション 利用診断書

ふりがな お名前		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
現住所	〒 -		Tel ()
身長	cm	体重	kg
主要傷病名			傷病歴
(発病 年 月 日)			
投薬内容			
胸部X線所見		心電図所見	
			
血圧	/ mmHg	尿検査	蛋白質 () 糖 ()
身体状況	視力障害 : (有・無) 聴力障害 : (有・無) 言語障害 : (有・無)		
	四肢麻痺 : (有・無) 人工肛門 : (有・無) 経管栄養 : (有・無)		
	認知症 : (有・無) 程度 : ()		
	問題行動 : (有・無) 例 : ()		
	感染症 : (有・無) ()		
血液検査	異常所見など		
傷病に対する留意点など	物理療法の禁忌 : (有・無) () 運動療法の禁忌 : (有・無) () その他		

上記の通り相違無いことを証明する 医療機関 所在地

令和 年 月 日 名称

医師氏名

印