

小児リハビリテーションを希望される患者様へ

前略

桜十字病院でのリハビリの希望を伺いました。当院では紹介状なしで受診される患者さまに関しましては、前もってある程度の情報を教えていただけますと幸いです。おわかりになる範囲でけっこうです。内容を記入されましたら、下記のいずれかの方法で桜十字病院小児科に送付いただきますようお願い申し上げます。

1) 郵送：〒861-4173 熊本市南区御幸木部1丁目1番1号 桜十字病院 小児科外来

2) FAX：096-378-1139 桜十字病院 小児科外来宛

フリガナ	生年月日	年齢	性別
患者さま氏名 様	西暦 年 月 日 生まれ	歳 ヶ月	男・女
保護者様名 様	続柄		
患者さま住所	〒		
電話番号	自宅 () -	携帯 () -	
今の症状			身長 cm、体重 kg
行ってほしい療法に○	リハビリ… 理学療法(体の発達) ・ 言語療法(言葉や摂食の訓練) ・ 作業療法 その他目的		
今まで罹った病気と発育の経過	・なし ・心疾患・代謝障害・内分泌疾患 ・先天異常・神経疾患・その他 詳細()	在胎週数 週 日、出生体重は g 出生時異常 無・有 () 頸定 ヶ月、寝返り ヶ月、お座り ヶ月、 ハイハイ ヶ月、一人歩行： ヶ月	
他の家族のご病気	無・有()		
今までの経過(症状や受診した病院、行った検査など簡単に)			
現在までの治療または処方	無・有() () ()		
リハビリ注意点と希望	合併症 例)呼吸困難、意識消失など		
	・リハビリに求める内容、希望(自由記載) 家族：(例)着替えを一人で出来るようになって欲しい 本人：(例)縄跳びが出来るようになりたい		