

小児リハビリテーション情報提供書(保健センター用)

西暦 年 月 日

〒861-4173 熊本市南区御幸木部1丁目1番1号

TEL : 096-378-1111 FAX : 096-378-1119

桜十字病院 小児科

小児リハビリテーション担当医

紹介元保健機関の名称

電話番号 () -

医師氏名 :

印

担当保健師 :

ふりがな		生年月日	年齢	性別
患者氏名	様	西暦 年 月 日 生まれ	歳 ヶ月	男・女
保護者名	様	続柄		
患者住所	〒			
電話番号	自宅 () -	携帯 () -		
主訴、症状			身長 cm、	体重 kg
紹介目的	リハビリ… 理学療法 ・ 言語療法 ・ 作業療法 その他目的			
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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		
家族歴	無・有()			
病歴 (簡単に)				
現在までの治療 または処方	無・有() ()			
リハビリ	リハビリの既往：有・無 ※有の場合はリハビリの情報を添付してください ・リハビリに当たり注意すべき点 有・無 (有の場合のみ記入) (呼吸困難がすぐ起こりやすい、意識消失することがあるなど)			
	・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			
備考				