診療情報提供書（小児リハビリテーション申込書）

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

担当医Dr.　　　小児リハビリテーション担当医

紹介元医療機関の所在地及び名称

　　電話番号（ 　 ） 　 -

医師氏名：　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　）　　　　　- | | | |
| 傷病名 | |  | | | | 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 | | ・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　　　　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 | |  | | | | | | | |
| 症状経過及び  検査結果 | |  | | | | | | | |
| 治療経過 | |  | | | | | | | |
| 現在の処方 | |  | | | | | | | |
| ※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 | |  | | | | | | | |

備考 　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

２. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果を添付すること。

３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、

市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

４．自院の書式で作成される場合は、上記「※」の項目のみ記入の上、添付ください。