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。