

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。