

リハビリあ・える神宮前 診療情報提供書

氏名				性別	男 ・ 女
生年月日	明 大 昭	年	月	日生	(歳)
住所				電話	
既往歴					
現在治療中の病名等の状況					
運動の可否	可 ・ 不可 ※「可」の場合、 右の中止基準も ご記入お願いします	中止体温			
		中止血圧			
		中止脈拍			
感染症の有無や種類	有 ・ 無	種類			
留意事項					
上記の通り診断いたします。					
(住所) 〒		平成	年	月	日
(医療機関名)		電話			
(医師名)		印			