

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					
<p>上記の通り診断いたします。</p> <p>(住所) 〒 平成 年 月 日</p> <p>(医療機関名) 電話</p> <p>(医師名) 印</p>					