

# 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	