

リハビリあ・える田原本 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	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	