

# 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 ※「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