

先生 御机下  
舟江診療所通所リハビリテーションひだまり  
管理医師：梨本 篤  
TEL:025(228)2606 FAX:025(228)2833

### 通所リハビリテーション実施における診療情報提供のお願い

拝啓、時節がら、先生におかれましては益々ご清祥のことと存じます。  
この度、様より当事業所「舟江診療所 通所リハビリテーションひだまり」の利用のご希望を頂いております。  
つきましては、主治医の先生より診療情報の提供を頂きたく存じます。当事業所では理学療法士、作業療法士等の医療スタッフの管理のもと、筋力増強運動や関節可動域練習、歩行練習等の運動療法を中心に行っております。  
また、リハビリテーション実施時の注意点、禁忌事項等がございましたら、備考欄にご記入いただきますようお願い致します。  
ご多忙中、大変恐縮ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

氏名		生年月日	
住所		電話番号	
診断名	① ③	② ④	
既往歴			
経過			
※検査データ等がありましたら、別紙添付をお願いいたします。			
処方内容			
リハビリ依頼内容(該当する項目に☑をお願いします)			
【リハビリに関する課題】 <input type="checkbox"/> 心身機能維持・回復 <input type="checkbox"/> 基本動作(起居動作・歩行などの移動動作)の維持・向上 <input type="checkbox"/> ADL及び生活関連動作の維持・向上 <input type="checkbox"/> 社会参加・適応(余暇活動・役割・仕事等) <input type="checkbox"/> その他( )			
【必要と考えられるリハビリプログラム】 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力向上訓練 <input type="checkbox"/> 起立・歩行訓練 <input type="checkbox"/> 基本・応用動作訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 住環境評価・改修指導 <input type="checkbox"/> 日常生活指導(福祉用具・介助者への介助法など) <input type="checkbox"/> その他( )			
禁忌・留意事項 (リハ中止の際の基準を含む)			

上記のとおりリハビリテーションの実施を依頼します。以上

年 月 日                      医療機関名  
住所  
電話(FAX)  
医師名

印

ひだまり医院

舟江 太郎

先生 御机下

舟江診療所通所リハビリテーションひだまり

管理医師：梨本 篤

TEL:025(228)2606 FAX:025(228)2833

### 通所リハビリテーション実施における診療情報提供のお願い

拝啓、時節がら、先生におかれましては益々ご清祥のことと存じます。この度、新潟 花子 様より当事業所「舟江診療所 通所リハビリテーション」につきまして、主治医の先生より診療情報の提供を頂きたく存じます。当事業所の管理のもと、筋力増強運動や関節可動域練習、歩行練習等の運動療法を中心に行っております。また、リハビリテーション実施時の注意点、禁忌事項等がございましたら、備考欄にご記入いただきますようお願い致します。

ご多忙中、大変恐縮ではございますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

赤字・赤枠内を記入し、主治医の先生にお渡し下さい。

おります。等の医療

敬具

氏名	新潟 花子		生年月日	昭和〇年〇月〇日
住所	新潟市中央区〇〇町1-2-3		電話番号	012-345-6789
診断名	①	②		
	③	④		
既往歴				
経過				
※検査データ等がありましたら、別紙添付をお願いいたします。				
処方内容				
リハビリ依頼内容(該当する項目に☑をお願いします)				
【リハビリに関する課題】				
☐心身機能維持・回復		☐基本動作(起居動作・歩行などの移動動作)の維持・向上		
☐ADL及び生活関連動作の維持・向上		☐社会参加・適応(余暇活動・役割・仕事等)		
☐その他( )				
【必要と考えられるリハビリプログラム】				
☐関節可動域訓練		☐筋力向上訓練	☐起立・歩行訓練	☐基本・応用動作訓練
☐ADL訓練		☐住環境評価・改修指導	☐日常生活指導(福祉用具・介助者への介助法など)	
☐その他( )				
禁忌・留意事項 (リハ中止の際の基準を含む)				

上記のとおりリハビリテーションの実施を依頼します。以上

年 月 日

医療機関名

住所

電話(FAX)

医師名

印