

先生 御机下  
 通所リハビリテーション入舟  
 管理医師: 檜前 薫  
 TEL: 025(224)9063 FAX: 025(229)1825

## 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、様より当通所リハビリテーション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、運動療法、温熱療法(ホットパック)、マシントレーニング等を必要に応じて行ってまいります。マシントレーニングは、下肢伸展運動、股関節外転運動などを中心にごく軽い負荷量から、調整しながら行ってまいります。

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いたします。

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	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
☐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( )			
マシン使用の可否	マシントレーニング : 可 ・ 不可		
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

入舟病院

入舟太郎

先生

御机下

通所リハビリテーション入舟

管理医師: 檜前 薫

TEL: 025(224)9063 FAX: 025(229)1825

### 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 様より当通所リハビリテーション利用のご希望を、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のもと、運動療法、温熱療法(ホットパック)、マシントレーニング等を必要に応じて行ってまいります。マシントレーニングは、下肢伸展運動、股関節外転運動などを中心にごく軽い負荷量から、調整しながら行ってまいります。

赤字・赤枠内を記入し、  
主治医の医師にお渡し下さい。

主治医の  
の管理の

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いたします。

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	新潟 花子		生年月日	
住所	中央区〇〇町〇丁目〇番〇号		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( )				
マシン使用の可否	マシントレーニング : 可 ・ 不可			
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