

診療情報提供書 (通所リハビリ指示書)

年 月 日

医療法人社団 湘南健友会

医療機関名

介護医療院 湘南の丘 宛

電話番号

医師名

⑨

患者氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日 歳
主たる疾病名 1 2 3	
現在の病状および治療状態	
リハビリの指示事項 1. 手足を動かす訓練 2. 起き上がり訓練 3. 立ち上がり訓練 4. 歩行訓練 5. 入浴訓練 6. トイレ動作訓練 7. 衣類の着替え訓練 8. 家庭でできる体操の訓練 9. 寝たきりを防ぐ指導 10. 生活指導 11.住宅改造の相談 12. 転倒予防指導 13. 関節可動域訓練 14. 筋力強化訓練 15. その他	
特記すべき留意事項	

◆ かかりつけの先生へ

湘南の丘通所リハビリテーションをお申込みいただきますため、診療情報提供書 (通所リハビリ指示書)の作成をお願い致します。