

# 診療情報提供書（小児リハビリテーション申込書）

西暦 年 月 日

〒861-4173 熊本市南区御幸木部1丁目1番1号

TEL : 096-378-1111 FAX : 096-378-1119

桜十字病院 小児 科

担当医 Dr. 小児リハビリテーション担当医

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号 ( ) -

医師氏名 : 印

|                |   |  |        |       |
|----------------|---|--|--------|-------|
| ふりがな           |   | 生年月日   | 年齢     | 性別    |
| 患者氏名           | 様   | 西暦 年<br>月 日生まれ   | 歳 ヶ月   | 男・女   |
| ※保護者名          | 様   | ※続柄  |        |       |
| 患者住所           | 〒   |  |        |       |
| 電話番号           | 自宅 ( ) -  | ※携帯 ( ) -  |        |       |
| 傷病名            |   |  | 身長 cm、 | 体重 kg |
| ※紹介目的          | リハビリ… 理学療法 ・ 言語療法 ・ 作業療法<br>その他目的   |  |        |       |
| 既往歴            | ・なし<br>・心疾患・代謝障害・内分泌疾患<br>・先天異常・神経疾患・その他<br>詳細 ( )  | 在胎週数 週 日、出生体重 g<br>出生時異常 無・有 ( )<br>頸定 ヶ月、寝返り ヶ月、お座り ヶ月、<br>ハイハイ ヶ月、一人歩行： ヶ月 |        |       |
| 家族歴            |   |  |        |       |
| 症状経過及び<br>検査結果 |   |  |        |       |
| 治療経過           |   |  |        |       |
| 現在の処方          |   |  |        |       |
| ※リハビリ          | リハビリの既往：有・無 ※有の場合はリハビリの情報を添付してください<br>・リハビリに当たり注意すべき点 有・無（有の場合のみ記入）<br>（呼吸困難がすぐ起こりやすい、意識消失することがあるなど）<br>・リハビリに求める内容、希望（自由記載）<br>家族：（例）着替えを一人で出来るようになって欲しい<br>本人：（例）縄跳びが出来るようになりたい |  |        |       |
| 備考             |   |  |        |       |

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
  2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果を添付すること。
  3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
  4. 自院の書式で作成される場合は、上記「※」の項目のみ記入の上、添付ください。