

機能訓練情報提供書

氏名	殿	生年月日	M・T・S	年	月	日	歳
----	---	------	-------	---	---	---	---

主たる傷病名

現在の治療・投薬内容等

血圧	/	脈拍数	回/分	体温	℃
----	---	-----	-----	----	---

日常生活上の指示・注意事項

リハビリについての指示(特に必要と思われること)

1. 筋力強化訓練 2. 関節可動域訓練 3. 立ち上がり訓練 4. 歩行訓練
 (上肢・下肢・体幹) (肩・肘・手・膝・股・足)

5. 温熱療法 6. その他
 (部位:)

リハビリ実施に関して特記すべき留意事項(禁止・注意事項等)

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師名

印