イムス佐原リハビリテーション病院
外来リハビリ申込受付票

医療法人社団明芳会　イムス佐原リハビリテーション病院
リハビリテーション科
ＴＥＬ：０４７８（５５）１１１３（代表）
ＦＡＸ：０４７８（５５）００１４

<table>
<tr><td>リハビリ
希　　望</td><td>□理学療法
□言語療法（応相談）</td><td>申込日

年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>患者様氏名</td><td>連絡先：
続　柄：</td><td rowspan="4">紹介先医療機関名

申込者氏名（職種）

連絡先
TEL：

FAX：</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>M・T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td>連絡先：　　（　　）</td></tr>
<tr><td>疾　患　名
障　害　名</td><td>※原則、算定期限内のリハビリ介入、
維持期リハビリは応相談となります</td></tr>
<tr><td>状況確認</td><td colspan="2">発症日（　　年　　月　　日）
手術日（　　年　　月　　日）
現状確認　□　通院中（入院歴　有・無　）　□　入院中
退院日もしくは予定日（　　年　　月　　日）
※　訪問リハ・通所リハ・他病院の外来リハとの併用は出来ません</td></tr>
<tr><td>患者様情報</td><td colspan="2">既往歴・現病歴・現在の ADL 状態・希望されているリハビリ内容
など簡素で構いません　（※診療情報提供書等の添付でも可）</td></tr>
</table>

※　内容をご確認させて頂き、改めて担当者よりご連絡させて頂きます。
ご記入頂いた個人情報は「外来リハビリ」およびそれらに係る「診療行為」「連絡事項」の目的以外には使用致しません。