

リハビリ診療情報提供書 申込用紙

新規 ・ 継続

申込日: R 年 月 日

患者名		生年月日	大・昭・平 年 月 日
ID		主治医	科 Dr.
事業所名	電話:		
受取方法	窓 口 ・ 郵 送		※郵送の場合は84円切手の貼り付けをお願いします。
リハビリ目的			
訓練希望	※ 必ず各項目にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 基本動作(寝返り・起き上がり・座位)訓練 <input type="checkbox"/> 歩行・段差昇降訓練 <input type="checkbox"/> 日常生活動作訓練 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> その他:		
備考	※必須項目等ある場合、必ず記載してください。		

鳥取市立病院 地域医療総合支援センター
患者サポートセンター 地域連携係

キリトリ

〒680-8501

鳥取県鳥取市的場1丁目1番地

鳥取市立病院

地域医療総合支援センター

患者サポートセンター 地域連携係 行

リハビリ診療情報提供書申込用紙在中

当院に郵送される際は、
切り取ってご利用ください。