**リハビリを受けた（受けている）医療機関　No.**



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 医療機関、その他施設名 | 疾患・傷病名 | 入院期間または施設利用期間 |
|  |  |  | 　　　年　　月　～　　　　　年　　月 |
|  |  |  | 　　　年　　月　～　　　　　年　　月 |
|  |  |  | 　　　年　　月　～　　　　　年　　月 |

**手術歴（術式や禁忌）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 術式や手術方法 | 実施年月日 | 備考（禁忌肢位や注意点など） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**入院中に行ったリハビリの記録**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 実施年月日 | リハビリの内容など |
| [　　]番の医療機関 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日[　PT　・　OT　・　ST　] |  |
| [　　]番の医療機関 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日[　PT　・　OT　・　ST　] |  |
| [　　]番の医療機関 | 　　年　　月　　日～　　年　　月　　日[　PT　・　OT　・　ST　] |  |

**神奈川POST　2025年6月**