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
			年　月 ～ 年
			年　月 ～ 年

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]	