**リハビリ基本情報**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生年月日 |
| 氏　名 | 〒(　　　－　　　　) | (男・女） | 年　　月　　日  明・大  昭・平 |
| 住　所 |  | | |
| 電　話 | （自宅）　　　－　　　－　　　　　（携帯）　　　　－　　　－ | | |



**ご記載いただいた**

**情報を下に、**

**これからのリハビリ**

**サービスに活かします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 緊急連絡先 | 優先度１ | （続柄） |
| －　　　　－ |
| 優先度２ | （続柄） |
| －　　　　－ |



【家族構成】

【趣味/嗜好】

【あなたの思い・希望】

診断名／合併症／後遺症など

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名 | 年　月 | 診断名 | 年　月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

あなたのヒストリー

※これまでの職歴や経験談、体験談、理念など　自由にご記入ください。

**神奈川POST　2025年6月**