

機能・生活訓練意見書

令和 年 月 日

患者氏名 明・大・昭 年 月 日生 (歳)

住 所 _____

※上記の患者の機能・生活訓練を行って

よろしい ・ 不 可 ・ 保 留

機能・生活訓練をしてよろしければ、次の項目についてご指示をお願いします。

1. 機能・生活訓練の対象となる病名及び部位

2. 患者の主たる合併症と重症度（重症・中等症・軽症）ならびに既往症

3. 機能・生活訓練を行うにあたってのご指示

① 運動量（リハビリの程度）

正常人 ・ 正常人の 1/2 ・ 正常人の 1/3

② 感染症、皮膚疾患について

有 ・ 無

③ 施設等での入浴について

可 ・ 不可

④ その他注意点等

医療機関名

所 在 地

医 師 名

印