

個別機能訓練指示書

平成 年 月 日

医療機関の所在地  
名称

医師氏名

印

ふりがな		男・女	明・大・昭	年	月	日( 歳)
氏名						
住所		電話	( )	-		
既往歴						
現病名						
治療内容						
処方薬 注射薬						
留意事項						
*プールの使用: 可 ・ 不可						
入浴・水中運動						
実施可能血圧上限/下限		/		*記入の無い場合は、上限160とさせていただきます。		
*上記項目不可の場合、その理由						
*医師所見及び連絡事項						

優仁ウエルネス株式会社

デイサービスひなた

〒599-8276 大阪府堺市中区小阪284

TEL:072-279-2109

FAX:072-279-2102