リハビリテーション専門職訪問事業　利用者情報

氏　名				
世帯状況	□ ひとり暮らし　□ 高齢者世帯　□ その他（　　）			
現病歴	病　名	①	②	③
	いつから			
	病院名 （医師名）			
	治療の状況 お薬の状況	・治療中 ・経過観察中 ・その他	・治療中 ・経過観察中 ・その他	・治療中 ・経過観察中 ・その他
	通院頻度	__月・__週__回	__月・__週__回	__月・__週__回
	生活･活動の注意点禁止事項など			
既往歴	病　名	①	②	③
	いつ頃			

生活状況	①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿②＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ③＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿④＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿							
	曜日	日	月	火	水	木	金	土
	午前							
	午後							