

機能訓練依頼書

平成 年 月 日

尼崎市立身体障害者福祉センター
整形外科医 殿

医療機関所在地及び名称

電話番号

主治医

印

氏名	性別 男 ・ 女
住所 兵庫県尼崎市	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)
電話番号	
身体障害者手帳 有(級) 無	
病名・障害名	
現病歴・障害の経過	
既往歴：該当するものに○をお願いします。 心疾患、高血圧、糖尿病、喘息、脂質異常症、痙攣、結核 (その他：考慮すべき合併症、禁忌等ありましたらご記入ください。)	
アレルギー 無・有()	感染症 無・有()
現在の処方 無・有	処方内容(可能であれば処方箋の写し添付をお願いします。)
訓練目標・目的	

可能であれば画像、検査データ等添付をお願いします。

尼崎市立身体障害者福祉センター