

リハビリサマリ

記録日 () 記載者 ()

氏名 ()	入院日 リハ開始日
生年月日 ()	退院日
診断名・障害名 (発症日：)	合併症及びコントロール状態

現 病 歴	発症時期	病名	コメント

手 術 歴	手術名	手術日

療法評価及び所見

所見

実施プログラム

備考

担当PT： 担当OT： 担当ST：