

診療情報提供書

紹介施設	医療法人 堀尾会 熊本託麻台リハビリテーション病院
科名	リハビリテーション科
医師名	小原 健志 宛

下記痙縮患者に対するボツリヌス療法について、診断と治療のご検討を宜しくお願い申し上げます。

患者氏名	
性別	男 女
生年月日	明治/大正/昭和/平成 年 月 生 (歳)
傷病名 * ○を付けて下さい	上肢痙縮 下肢痙縮 上肢下肢痙縮
障害を来した原因疾患 * ○を付けて下さい	・脳出血 ・脳梗塞 ・脳性麻痺 ・頭部外傷 ・脊髄損傷 ・多発性硬化症 ・その他()
患者様のお困り事 * ○を付けて下さい	・腋が開かない ・肘が伸びない ・手が開かない ・手首が伸びない ・踵が着かない ・足が内反している ・股が開かない ・足の指が伸びない ・装具が合わない ・眠れない ・痛みがある(部位) ・介護が大変(具体的に) ・その他のお困りごと()
その他注意事項	患者様におくすり手帳をご持参戴きます様に、ご指導をお願い致します。

紹介元施設名

紹介医師名

印

紹介日

年

月

日

お問い合わせ先
 熊本市中央区帯山8-2-1
 医療法人 堀尾会 熊本託麻台リハビリテーション病院
 リハビリテーション科 外来
 TEL 096-381-5111 (代表)