**リハビリサマリー**

説明日：　　　　　　　　説明者：

|  |  |
| --- | --- |
| リハビリテーションプログラム |  |
| ご家族のご協力内容 |
| 備考 |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当 | ・担当医：　　　　　　　・PT・OT・ST：　　　（理学療法士）　　　（作業療法士）　　　（言語聴覚士）、・看護・介護：　　　　（看護師）　　　　　（介護職員）・連絡先： |