

労災リハビリテーション評価計画書

患者氏名：	男・女	生年月日（西暦）	年	月	日
原因疾患					
[心大血管疾患・脳血管疾患等・運動器・呼吸器（該当するものに○をして下さい）]					
リハビリテーション起算日（発症日、手術日、急性増悪の日、治療開始日）					
年 月 日					
現在の評価及び前回評価計画書作成日（ 年 月 日）からの改善・変化等					
治療目標等					
(1) 制限日数を超えて行うべき医学的所見（必要性・医学的効果等）					
(2) 目標到達予想時期： 年 月頃					
(3) その他特記事項					
評価計画書作成日： 年 月 日					
医療機関名				医師	
				印	

- 注1 本計画書は、制限日数を超えた日の属する請求月以降、毎月の診療費請求内訳書に添付すること。
- 注2 前回評価計画書作成日からの改善・変化等の記載については、初回評価計画書作成日においては不要であること。