

**PHIẾU KHÁM VÀ CHỈ ĐỊNH
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG**

Họ và tên người bệnh:..... Tuổi:..... Nam Nữ

Trung tâm/Khoa:..... Phòng:..... Giường:

1. Khám chuyên khoa PHCN (*Mô tả tình trạng, diễn biến, đánh giá tổn thương hoặc các vấn đề của người bệnh cần PHCN*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Chẩn đoán:

.....

.....

3. Chỉ định phương pháp/danh mục kỹ thuật PHCN (*Những bài tập, vật lý trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, tâm lý trị liệu, dụng cụ PHCN...*):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ngày..... tháng..... năm 20.....
Bác sĩ
(Ký, ghi rõ họ tên)

Họ và tên:.....
Ghi chú: Cơ sở Khám bệnh Chữa bệnh và người hành nghề có thể sử dụng mẫu phiếu điều trị hoặc mẫu phiếu khám chuyên khoa thay cho mẫu phiếu này.