

絹の郷 診療情報提供書 (申し込み用)

ふりがな			性別	生年月日	M・T・S	年	月	日	
対象者名				年齢	歳				
住所				〒 —		電話番号			
主な傷病名 (生活機能低下の原因となった傷病名)					診察開始日				
1				年	月	日			
2				年	月	日			
3				年	月	日			
4				年	月	日			
5				年	月	日			
既往歴									
症状経過・検査結果及び治療経過									
処方箋 (処方箋コピーでも可)									
装着・使用医療器具等									
<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・鼻腔) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (ℓ)									
<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱									
<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 ()									
注意事項・特記すべき留意事項 (出来る限り詳しく記載をお願いします)									
感染症等									
<input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 胸部X線 (年 月 日 撮影)									
<input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 肝炎 所見									
<input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他 ()									
自立度				寝たきり度					
I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M				J ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2					
身長 () cm		体重 () kg							
食事に関して制限食 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (具体的に:)									
退院 (退所) 予定日			年		月		日		
緊急時の連絡先									

上記診療情報を提供します

担当医		医療機関名
	宛て	住所
年	月	日
		電話番号
		医師氏名

印