

診療情報提供書(NO1:主治医用)

記載日： 年 月 日

紹介元医療機関の所在地および名称

地域連携診療計画書(パス)使用

地域連携診療計画書(パス)未使用

〒 住所

電話番号

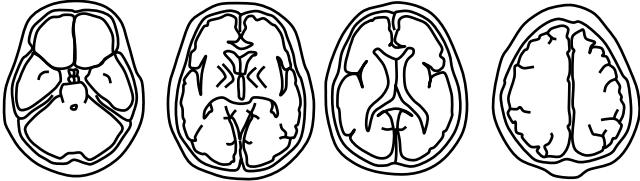
FAX番号

担当診療科

医師名

印

※以下の太枠部分の情報につきましては、当院様式以外でも構いません。

(ふりがな)		性別	生年月日		(才)	
患者氏名						
主病名(病巣)				その他の病名		
脳梗塞の場合： アテローム ラクナ 心原性 その他 不明						
発症日		年	月	日	(合併症)コントロール状況をお書きください。腎障害はクレアチニン値を記載してください。	
初回発症日(再発等の場合)		年	月	日		
手術日		年	月	日		
廃用症候群	あり (平成26年診療報酬点数表様式22「廃用症候群に係わる評価表」を別途貼付してください。)					
	起算日 年 月 日					
既往歴・家族歴						
	かかりつけ医： なし あり (医療機関)					
今回発症前の状況	歩行能力： ベッド上 車いす 伝い歩き 歩行器・シルバーカー 杖 独歩					
	認知症： なし あり (程度：)					
治療経過 別紙参照 脳の画像所見 CT MRI 年 月 日施行						
(病状の経過や治療の経過・最近の検査結果・治療上の留意点・問題点等お書き下さい。また、今後手術等が必要になるような場合は、概ねの治療計画もお書き下さい。)						
						
現在の処方(注射・点滴・処置等を含む)						

てんかん発作	なし あり (1回 複数回)	リハビリを行う際の注意点
MRI撮影について	可 不可	
感染症の有無 (検査済みの項目があり ましたら御記入下さい)	HCV抗体() HBs抗原() MRSA感染() ※部位 TPHA() インフルエンザワクチン(: 月 日実施) その他()	MRSA保菌() ※部位
アレルギーの有無	なし あり ()	
紹介目的 (複数回答可)	一般病棟 障害者施設病棟 地域包括ケア病棟 回復期リハビリテーション病棟 医療療養病棟 指定療養介護 (筋ジストロフィー、重症心身障害者、ALS等の患者が対象です。 詳細はご相談ください。)	医学的管理のもとで介護の 必要性が高いため 家人の都合 施設入所待機 介護者がいない
入院目的のコメントが あればご記入ください		
髄液シャントについて	なし あり [名称： 最終圧： (年 月 日)]	
	アンチサイフォンバルブ なし あり 、 フラッシングデバイス位置：	
*疾患、障害、生命や機能の予後、急変時の方針等が説明してある場合はその内容をご記入ください。		
現在、他科に受診されている 場合はその診療科と必要 事項をお書き下さい。(他科 の詳細な情報提供は貴院の 書式のものを添付してい ただいても結構です。)	受診科名 内科 外科 整形外科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 婦人科 その他(科)	処方内容