

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

〒 住所
電話番号
FAX番号

担当診療科

医師名

印

※以下の治療経過項目につきましては、当院様式以外でも構いません。

(ふりがな)		性別	生年月日	大・昭 …… 平・令	年	月	日生 (才)
患者氏名							
主病名(病巣)				合併症			
発症日(時期)		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。		
手術日		年	月	日			
既往歴							
かかりつけ医		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医療機関名:)					
今回発症前の状況		歩行能力: <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器・シルバーカー <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 独歩 認知症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (程度:)					
治療経過		<input type="checkbox"/> 別紙参照 (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)							
リハビリを行う際の注意点							
MRI撮影について		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
アレルギーの有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
退院後の希望通院先		医療機関名: ()					
*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。							