

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	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。						