

診療情報提供書 (慈恵医大第三病院提出用)

東京慈恵会大学附属第三病院

平成 年 月 日

- 救急科 消化器・肝臓内科 神経内科 腎臓・高血圧内科
リウマチ・膠原病内科 循環器内科 糖尿病・代謝・内分泌内科
腫瘍・血液内科 呼吸器内科 総合診療部 精神神経科
小児科 皮膚科 外科 整形外科 脳神経外科
形成外科 産婦人科 泌尿器科 耳鼻咽喉科
歯科(口腔外科) リハビリテーション科 内視鏡部 放射線部

- * 貴院名
 * 所在地
 * TEL
 * FAX

先生 * 医師名

*フリガナ			明・大・昭・平
*患者氏名	様	*男・女	*生年月日
*住所 〒 -			*電話(自宅) - - (携帯) - -
当院での受診歴 (無 ・ 不詳 ・ 有)			当院診察カード番号

※以下、ご不明な箇所は空欄で結構です。救急紹介時は「◎」印の項目のご記載をお願い致します。

◆主訴もしくは診断
◆紹介目的 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 処置 <input type="checkbox"/> その他()
◆患者返送希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
◎バイタル(現在) <input type="checkbox"/> 体温 °C <input type="checkbox"/> 血圧 / mmg <input type="checkbox"/> 脈拍数 回 / 分 <input type="checkbox"/> 呼吸数 回 / 分 <input type="checkbox"/> SaO2 % (酸素 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
◆医療行為(現在) <input type="checkbox"/> 吸引 (頻度: 時間毎) <input type="checkbox"/> 点滴 (<input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> その他()
◎既往歴および家族歴
◎病状・治療経過
◆検査結果 ※実施済検査 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> x-p <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> その他()
◆現在の処方 <input type="checkbox"/> 無 (お薬手帳をお持ちの方は持参いただくようご案内ください)
◆付添人情報 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 息子 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他 ()