

診療情報提供書

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----|------|---------------|---|------|---|
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | M・T・S | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | | | | TEL | | | |
| 傷病名 | | | | 発症日 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 疾病及び治療の経過 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 既往歴 | | | | 現在の処方内容 | | | |
| | | | | | | | |
| 視力障害 無 ・ 有 | | | | 四肢拘縮 無 ・ 有 | | | |
| 聴覚障害 無 ・ 有 | | | | 上肢 (右 ・ 左) | | | |
| 言語障害 無 ・ 有 | | | | 下肢 (右 ・ 左) | | | |
| 失語症 無 ・ 有 | | | | アレルギー 無 ・ 有 | | | |
| 麻痺 無 ・ 有 | | | | 褥瘡 無 ・ 有 | | | |
| 左片麻痺 ・ 右片麻痺 | | | | 部位 () | | | |
| 四肢麻痺 ・ 下半身麻痺 | | | | 管の留置 無 ・ 有 | | | |
| 拘縮 部位 [] | | | | 疥癬 無 ・ 有 | | | |
| | | | | 高次脳機能障害 無 ・ 有 | | | |
| 患者さんに対する留意事項 (認知症のある場合は具体的状態について) | | | | | | 食事制限 | |
| | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| 医療機関所在地 | | | | | | | |
| 名称 | | | | | | | |
| 医師名 | | | | 印 TEL | | | |