

診療情報提供書

年 月 日

徳島赤十字病院

小松島市小松島町字井利ノ口103番

【紹介元医療機関】

住所

医療機関名

医師氏名

科 医師

(TEL)0120-503-743(病診連携係直通)

TEL () -

(FAX)0120-308-739(病診連携係直通)

FAX () -

| | | | |
|--|--|--|----------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 性別 (男・女) |
| 患者氏名 | 様 | 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) | |
| 患者住所 | (TEL) | | |
| 治療歴 (既往歴も) | ()以前から通院中 | ()今回初診 | ()通院は継続的 |
| 主たる診断名 | () | ()不明 | |
| 既知の傷病名 ()に○ 又は?を記入 | ()高血圧 ()糖尿病: ()陳旧性心筋梗塞・狭心症; ()脳梗塞 ()その他 | ()高脂血症 ()血糖降下剤 ()垂硝酸剤投与 ()脳出血 | ()インスリン治療 ()脳卒中(病型不明) |
| 現病歴 ..該 当 項 目 に ○ | 発病 | 月 日 | ()発症日不明 |
| | 意識障害 | ()なし | ()あり ()ありそう |
| | 随伴症状 | ()なし | ()あり ()ありそう |
| | 運動麻痺 | ()なし | ()あり : 左・右 ()ありそう |
| 治療内容 処方など | | | |
| 特記すべき留意事項(注:治療上の留意点、薬物アレルギーの既往などあれば記載して下さい。) | | | |