**診 療 情 報 提 供 書**

**年　　　　月　　　　日**

【紹介元医療機関】

住所

医療機関名

医師氏名

TEL　（　　　　　　）　　　　　　　－

FAX　（　　　　　　）　　　　　　　－

**徳島赤十字病院**

小松島市小松島町字井利ノ口１０３番

　　　　　　　　 　科　　　　　　　　　　　医師

（TEL）0120-503-743(病診連携係直通)

（FAX）0120-308-739(病診連携係直通)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | 様 | | | 生年月日　　　　　　　　　性別　（　男　・　女　）  明・大・昭・平・令　　年　　月　　　日　（　　　歳） |
| 患者氏名 | |
| 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　　　　　 　　（　　　）高脂血症  （　　　）糖尿病：　　　 　　　（　　　）血糖降下剤　　（　　　）インスリン治療  （　　　）陳旧性心筋梗塞・狭心症；（　　　）亜硝酸剤投与  （　　　）脳梗塞　　　　 　　（　　　）脳出血　　　　　（　　　）脳卒中（病型不明）  （　　　）その他 | | |
| 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。） | | | | | |