診療情報提供書（初回）

記入日　平成　　年　　月　　日

丸山記念総合病院　担当医　殿

地域医療連携室　行

FAX　048-756-6061

医療機関名

所在地

医師氏名

TEL

FAX

患者氏名	フリガナ	男	〒　　ー
		女	
	明・大・昭　　年　　月　　日		連絡先　　（　　）

診断名

1 ＿＿＿＿＿＿　4 ＿＿＿＿＿＿

2 ＿＿＿＿＿＿　5 ＿＿＿＿＿＿

3 ＿＿＿＿＿＿　6 ＿＿＿＿＿＿

既往歴

1 ＿＿＿＿＿＿　4 ＿＿＿＿＿＿

2 ＿＿＿＿＿＿　5 ＿＿＿＿＿＿

3 ＿＿＿＿＿＿　6 ＿＿＿＿＿＿

処　方

1 ＿＿＿＿＿＿　4 ＿＿＿＿＿＿

2 ＿＿＿＿＿＿　5 ＿＿＿＿＿＿

3 ＿＿＿＿＿＿　6 ＿＿＿＿＿＿

処置内容（あてはまるものにチェック）

□点滴の管理(末梢、IVH、ポート)　□酸素療法　□レスピレーター　□気管切開の処置

□経管栄養　□褥瘡の処置　□バルーンカテーテル　□導尿　□認知症

状態　□自立　□見守り　□車いす　□寝たきり

診療情報	