医療法人長野寿光会

あっとほーむ上山田・千曲・戸倉上山田温泉

診療情報提供書

記載日　　　　　年　　　　　月　　　　　日

紹介元医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　（担当診療科　　　　　　　　）　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 男／女 | 生年月日 | | 明　・　大　・　昭　・　平 | | | |
| 患者氏名 |  | | 年 | 月 | 日 | （　　　歳） |
| 傷病名と発症年月日 | | 傷病名 | | | | 発症年月日(治療開始日） | | | |
| ① | | | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | |
| (現在治療中の傷病名、発症年月日をお書きください。はっきりしない場合は不明で結構です。） | | ② | | | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | |
| ③ | | | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | |
| ④ | | | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | |
| ⑤ | | | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | |
|  |  |  | | | | | | | |
| 既往歴 | |
|  |  |
| 感染症の有無 | | ＨＢｓ抗原（-・+）　　ＨＣＶ抗体（-・+）　　ＴＰＨＡ（-・+）　　ＭＲＳＡ感染(-・+部位：　　　　） | | | | | | | |
| アレルギーの有無 | | あり　　　／　　　　無し（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 治療経過      （病状の経過や治療の経過、最近の検査結果、治療上の問題点や留意点などを、ご教示下さい。） | |  | | | | | | | |
| 内服薬 | ① | | | | ⑧ | | | | |
| ② | | | | ⑨ | | | | |
| ③ | | | | ⑩ | | | | |
| ④ | | | |  | | | | |
| ⑤ | | | |  | | | | |
| ⑥ | | | |  | | | | |
| ⑦ | | | |  | | | | |