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 |  |