

# 診療情報提供書

フリガナ		<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和		
氏名	様	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳

診断				
1	疾患名		発症	年 月 日頃
2	疾患名		発症	年 月 日頃
3	疾患名		発症	年 月 日頃
4	疾患名		発症	年 月 日頃
5	疾患名		発症	年 月 日頃

現病歴（治療内容及び経過）	現在の処方内容

既往歴					
1	疾患名		発症	年 月 日頃	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2	疾患名		発症	年 月 日頃	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3	疾患名		発症	年 月 日頃	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4	疾患名		発症	年 月 日頃	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

アレルギー歴： 無 有（薬物： 食物：

感染症： 無 有（ ） 不明  
ショートステイの利用は【 適当・不適當・要注意状態 】である。

特記事項(他医院への受診歴も具体的に記載ください)	医療装具	
	<input type="checkbox"/> HOT(在宅酸素)	<input type="checkbox"/> 胃ろう
	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養
	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> IVH(ポート <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ
	<input type="checkbox"/> その他( )	

令和 年 月 日 日

医療機関

所在地  
名称  
電話番号  
FAX番号  
診療科目  
医師名