

診療情報提供書

国際医療福祉大学熱海病院

科 先生

静岡県熱海市東海岸町13-1

地域医療連携室

電話 0557-81-9171

FAX 0557-81-7553(直通)

年 月 日

病院名: _____

紹介元医療機関の名称 住所: _____

所在地及び電話番号 電話番号: _____

主治医: _____ 科 _____ 印

患者氏名		男・女	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住 所		電 話	
傷 病 名		発 症 日	年 月 日
		手 術 日	年 月 日
既 往 歴			
症 状 経 過			
神 経 所 見	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム		
	Br stage <input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 手指() <input type="checkbox"/> 下肢()		
	健側MMT <input type="checkbox"/> 上肢() <input type="checkbox"/> 手指() <input type="checkbox"/> 下肢() <input type="checkbox"/> 体幹()		
医 療 行 為	酸素・経管栄養(胃ろう・経鼻)・尿道カテーテル・ストマ・インスリン		
感 染 症	(無・有) (MRSA・HBs・HCV・その他)		
内 服 薬			
入 院 可 否	審査日	(可・不可)	確認事項
	H . .		

※最新の採血データの添付をお願い致します。