

# 診療情報提供書(初回)

記入日 平成 年 月 日

刀根山病院担当医宛

医療機関名

所在地

地域ネットワークセンター

医師氏名

FAX06-6844-8778

TEL

FAX

## <患者様に関する情報>

氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日生
住所			
連絡先	-	-	

診断名			
1 _____	1 _____		
2 _____	2 _____		
3 _____	3 _____		
既往歴			
1 _____	1 _____		
2 _____	2 _____		
3 _____	3 _____		
処方			
1 _____	1 _____		
2 _____	2 _____		
3 _____	3 _____		
処置内容(あてはまるものにチェック)			
<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> レスピレーター
<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 認知症
状態 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 寝たきり
診療情報			