

診療情報提供書

提出用

年 月 日

栃木県医師会塩原温泉病院 殿

〒329-2921 栃木県那須塩原市塩原 1333
電話 0287(32)4111 FAX 0287(32)4226

紹介元医療機関名および住所

所在地

名称

電話番号

医師名

⑩

患者氏名	性別	男・女	職業
住 所			
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 (歳) 電 話
傷 病 名			
紹介目的			
既往歴および家族歴		高 血 圧 ・ 糖 尿 病 心 房 細 動 ・ 高 脂 血 症	
症状経過・治療経過及び検査結果			
発症・受傷日 年 月 日			
現在の処方			
介助の必要度(全介助・部分介助・自立)			
意識障害(無・有)	精神障害(無・有)	問題行動(無・有)	トイレ動作(可・不可)
排尿障害(失禁:無・有)	嚥下障害(無・有)	褥瘡(無・有)	言語障害(無・有)
歩 行(可・不可)	移動(歩行・杖・車椅子・歩行器)	食事介助(無・有)	

※必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

※この診療情報提供書を入院申込書としてご利用ください。(当院は開放型病院です)