

紹介主治医の意見（診療情報提供書）

下記の欄は現在診療を受けている医師に記入していただいて下さい。

患者	フリガナ氏名				性別	男・女
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）				

傷病名			合併症	
			既往歴	
経過及び現在の治療状況				
現在の処方				
運動麻痺 なし・あり 左・右 上肢・下肢 言語障害 なし・あり 失語症・構音障害 痴呆症状 なし・軽度・重度 夜間不穏 なし・あり 精神疾患 なし・あり（ ） 食事方法 経口摂取・経鼻経管・胃ろう・（ ） 排泄障害 なし・あり カテーテル・オムツ・（ ） 褥 瘡 なし・あり（部位・程度 ） H C V（－・＋・未検） H B（－・＋・未検） ワ氏（－・＋・未検） M R S A（－・＋・未検）				

令和 年 月 日

医療機関名

科

医師 氏 名

印

（電話

－

－

）