

患者紹介状(診療情報提供書)

20 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

所在地
医療機関名
電話番号
FAX

担当医師名

紹介先

〒522-0044滋賀県彦根市竹ヶ鼻町473
エム治療院
TEL:090-1888-9715

担当セラピスト
村川 まきこ



患者氏名	生年月日		大・昭・平 (西暦 年) 年 月 日生(歳)		男・女	
診断名 (傷病名)						
既往歴 (手術歴)	・ (年 月頃)					
	・ (年 月頃)					
	・ (年 月頃)					
現病歴	・ (年 月頃)					
	・ (年 月頃)					
	・ (年 月頃)					
リンパ節郭清	無	有	場所			
放射線療法	無	有	部位	胸部(右・左)/腋窩(右・左)/鼠径部(右・左)/生殖器/咽頭部		
			範囲	その他()		
			期間	年 月 ~ 年 月まで		
抗がん剤	無	有	種類 ()	期間(年 月~ 年 月迄)		
			種類 ()	期間(年 月~ 年 月迄)		
現在の処方	無	有	・(薬品名) (目的)			
			・(薬品名) (目的)			
			・薬剤アレルギー(無・有) 薬剤名: ()			
検査・所見						
リンパ浮腫 症状について	原発性[先天性/早発性/晩発性]/外傷後/分娩後/静脈性					
	手術直後/手術後()ヶ月より/手術後()年より/その他()					
	部位	上肢(右・左)/下肢(右・左)/胸部/背部/腰部/臀部/下腹部/性器 その他()				
全身性浮腫	無	有	心性/腎性/肝性/栄養性/内分泌性/特発性/薬剤性/その他()			
★一般禁忌	無	有	感染症による急性炎症/心性浮腫/下肢静脈急性疾患/悪性腫瘍(症状の緩和目的としてのみ可)			
★頸部禁忌	無	有	甲状腺機能亢進症/頸動脈洞症候群/不整脈/高血圧			
★腹部禁忌	無	有	放射線性腸炎/放射線性膀胱炎/骨盤静脈血栓症/消化管炎症性疾患/腸閉塞症 潰瘍性大腸炎/大動脈瘤/クローン病/消化管多発性憩室症/妊娠/てんかん			
★圧迫禁忌	無	有	閉塞性動脈硬化症			
★深部静脈血栓症	無	有	下肢静脈エコー検査をお願いします。			
静脈瘤	無	有	下腿は座位や立位もしくはそれに準ずる姿勢で検査をお願いします。			
蜂窩織炎について	無	有	頻度(年に 回くらい)	最近の炎症:平成 年 月頃		
			症状:			
			治療: 【薬名: 】			
治療経過						

★印の場合は施術禁忌となります。該当する疾患がある場合は○印で囲んでください。