

総合病院津山第一病院
科

先生

(紹介元医療機関)
医療機関名

科

印

科

印

住所

TEL

FAX

診療情報提供書 1 (回復期リハビリテーション病棟入院目的)

以下の患者につき転院、ご加療のほどよろしくお願い申し上げます。

| | | | | | | |
|----------------------|---------|---|---------|-------|---|-----|
| フリガナ | | | M・T・S・H | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名 | | | 性別 | 男・女 | | |
| 現住所 | | | | | | |
| 連絡先 | () - | | | | | |
| 主病名 | | | | 発症年月日 | 年 | 月 日 |
| | | | | 入院年月日 | 年 | 月 日 |
| | 手術 | 有・無 | 術式： | 施行日 | 年 | 月 日 |
| 副病名 | | | | | | |
| 障害の 部位・程度 | | | | | | |
| 病歴 特記事項 その他 | | | | | | |
| 処方内容 | | | | | | |
| 他院への 通院状況 処方内容 | | | | | | |
| 転院希望 時期 | 可能な限り早期 | | | 年 | 月 | 日頃 |
| 合併症 (該当に 印) | 心血管系 | 高血圧 心不全 虚血性心疾患 不整脈 心筋症 | | | | |
| | 呼吸器系 | 呼吸不全 気管切開 レスピレーター装着 酸素吸入(リットル/分) | | | | |
| | 消化器系 | 栄養摂取(経口 鼻腔 胃ろう その他：) | | | | |
| | 感染症 | MRSA〔鼻腔() 喀痰() その他() 未実施〕 HBV(+・-・未実施) HCV(+・-・未実施) | | | | |
| | その他 | 糖尿病〔合併症〕 褥瘡(部位：) 悪性腫瘍() 膀胱内カテーテル留置 嚥下障害 | | | | |