診 療 情 報 提 供 書

記載日　令和　　年　　月　　日

伊東市民病院　回復期リハビリテーション病棟　担当医　宛

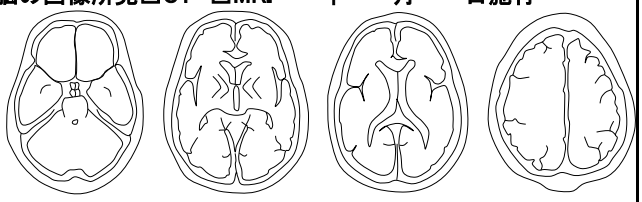
病院名
住所
電話番号
FAX番号
診療科　　医師名　　印

(ふりがな) 患者氏名	男・女	生年月日	大・昭 平・令　年　月　日（　才）
傷病名			その他の病名
発症日(初発・再発) 令和　年　月　日		(合併症)コントロール状況をお書きください。腎障害はｸﾚｱﾁﾆﾝ値を記載してください。	
手 術 日　令和　年　月　日			
感染症の有無	HCV抗体(ー・＋)　HBs抗原(ー・＋)　TPHA(ー・＋)　MRSA感染(ー・＋部位　　)　その他(　　)		
アレルギーの有無	□無し　□有り　(　　)		
既往歴・家族歴			

治療経過

(病状の経過や治療の経過・最近の検査結果・治療上の留意点・問題点等お書き下さい。また、今後手術等が必要になるような場合は、概ねの治療計画もお書き下さい。)

脳の画像所見□CT　□MRI　年　月　日施行



現在の処方(注射・点滴・処置等を含む)

リハビリを行う際の注意点

*疾患、障害、生命や機能の予後、急変時の方針等が説明してある場合はその内容をご記入ください。

現在、他科に受診されている場合はその診療科と必要事項をお書き下さい。(他科の詳細な情報提供は貴院の書式のものを添付していただいても結構です。)	受診科名　□内科　□外科　□整形外科　□泌尿器科　□眼科　□耳鼻咽喉科　□婦人科　□その他(　　科)
	処方内容

※血液検査データの添付をお願いします。

FAX送信先　伊東市民病院　地域医療連携室　0557-32-5801