

# 診療情報提供書(慈恵医大第三病院提出用)

東京慈恵会大学附属第三病院

年 月 日

- 救急科 消化器・肝臓内科 脳神経内科 腎臓・高血圧内科  
リウマチ・膠原病内科 循環器内科 糖尿病・代謝・内分泌内科  
腫瘍・血液内科 呼吸器内科 総合診療部 精神神経科  
小児科 皮膚科 外科 整形外科 脳神経外科 眼科  
形成外科 産婦人科 泌尿器科 耳鼻咽喉・頭頸部外科  
歯科(口腔外科) リハビリテーション科 内視鏡部 放射線部

- \* 貴院名  
 \* 所在地  
 \* TEL  
 \* FAX

先生

\* 医師名

*フリガナ		*生年 月日	大・昭・平・令
*患者氏名	様	*男・女	年 月 日 ( 歳)
*住所 〒	—	*電話(自宅) - - (携帯) - -	
当院での受診歴 ( 無 ・ 不詳 ・ 有 )			当院診察カード番号

※以下、ご不明な箇所は空欄で結構です。救急紹介時は「◎」印の項目のご記載をお願い致します。

◆主訴もしくは診断

◆紹介目的 入院 精査 手術 処置 その他( )

◆患者返送希望 有 無

◎バイタル(現在) 体温 °C 血圧 / mmg 脈拍数 回 / 分  
呼吸数 回 / 分 SaO2 % (酸素 無 有 0)

◆医療行為(現在) 吸引 ( 頻度: 時間毎) 点滴 ( 抹消 CV その他( )  
気管切開 経管栄養 尿道カテーテル その他( )

◎既往歴および家族歴

◎病状・治療経過

◆検査結果 ※実施済検査 採血 x-p CT MRI エコー 内視鏡 その他( )

◆現在の処方 無 (お薬手帳をお持ちの方は持参いただくようご案内ください)

◆付添人情報  夫  妻  息子  娘  孫  その他 ( )