

# 診療情報提供書

年 月 日

徳島赤十字病院

小松島市小松島町字井利ノ口103番

【紹介元医療機関】

住所

医療機関名

医師氏名

科 医師

(TEL)0120-503-743(病診連携係直通)

TEL ( ) —

(FAX)0120-308-739(病診連携係直通)

FAX ( ) —

フリガナ		生年月日	性別 ( 男 ・ 女 )
患者氏名	様	明・大・昭・平・令	年 月 日 ( 歳)
患者住所	(TEL)		
治療歴 (既往歴も)	( )以前から通院中	( )今回初診	( )通院は継続的
主たる診断名	( )	( )不明	
既知の傷病名 ( )に○ 又は?を記入	( )高血圧 ( )糖尿病: ( )陳旧性心筋梗塞・狭心症; ( )脳梗塞 ( )その他	( )高脂血症 ( )血糖降下剤 ( )インスリン治療 ( )亜硝酸剤投与 ( )脳出血 ( )脳卒中(病型不明)	
現病歴 …該 当 項 目 に ○	発病	月 日	( )発症日不明
	意識障害	( )なし ( )あり	( )ありそう
	随伴症状	( )なし ( )あり	( )ありそう
	運動麻痺	( )なし ( )あり	: 左 ・ 右 ( )ありそう
○	治療内容 処方など		
特記すべき留意事項(注:治療上の留意点、薬物アレルギーの既往などあれば記載して下さい。)			