

診療情報提供書

患者ID： _____ 年 月 日

紹介先医療機関名				紹介元医療機関名			
ふりがな		年齢	歳	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月 日
氏名		性別	男性 女性	職業	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		

紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> ()						
傷病名 (主訴)							
創傷の起因 となるもの	<input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> コレステロール塞栓症 <input type="checkbox"/> 静脈うっ滞性 <input type="checkbox"/> リンパ浮腫 <input type="checkbox"/> 壊疽性膿皮症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ()						
既往歴							
透析治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		ADL	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり			
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無						
血行再建	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院		<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/> 下肢バイパス術		
実施時期							
実施部位	右：			左：			

創傷部位								
発症時期	日間 / 週間 / 月間 / 年間							
軟膏				被覆材				
処置内容								

治療経過	現在の処方

御高診のほどよろしくお願い申し上げます。

添付資料	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> SPP <input type="checkbox"/> 培養結果 <input type="checkbox"/> 病理検査結果 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

