

診療情報提供書(初回)

記入日 令和 年 月 日

大阪刀根山医療センター担当医宛

医療機関名

所在地

地域ネットワークセンター

医師氏名

FAX06-6844-8778

TEL

FAX

<患者様に関する情報>

氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月 日生
住所			
連絡先	-	-	

診断名		
1	_____	1 _____
2	_____	2 _____
3	_____	3 _____

既往歴		
1	_____	1 _____
2	_____	2 _____
3	_____	3 _____

処方		
1	_____	1 _____
2	_____	2 _____
3	_____	3 _____

処置内容(あてはまるものにチェック)				
<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> レスピレーター	
<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置	<input type="checkbox"/> 認知症	
状態 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 寝たきり	

診療情報	
------	--