

診療情報提供書

済生会兵庫県病院小児科
外来担当先生

住 所：〒

名 称：

電 話：

F A X：

医師名：

印

ふりがな 患者氏名	性 別	
	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日生 (歳)	
住 所	〒	
	電話：(自宅)	(携帯)

傷病名		
紹介目的	短期入所申込	
既往歴・家族歴・出生の状況 在胎 週 日、出生体重 g、アプガー (/) 点		
現病歴 (出生後～現在までの要点)		
手術歴	<input type="checkbox"/> 気管切開術 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離術 <input type="checkbox"/> 胃瘻造設術 <input type="checkbox"/> 噴門形成術 <input type="checkbox"/> 心臓手術 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
呼吸器	無 ・ 有	呼吸器設定 ()
酸素	無 ・ 有	流量 (L/分)
中心静脈栄養	無 ・ 有	内容 () 投与速度・回数など ()
けいれん	無 ・ 有	発作の様子 () 頻度 (回/) 発作時の対応 ()
アレルギー	無 ・ 有	内容 ()
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> その他 ()	
画像異常所見	無 ・ 有	内容 (CT・MRI など)
現在の処方薬		
その他急変を起こしうることがあれば対応方法とともに記載下さい。		

※貴院所定の紹介状に必要な事項をご記載いただける場合は、貴院の紹介状をお使い頂いて差し支えありません。
※最近の胸(腹)部単純XPを含めてCT・MRI・各種検査データなどございましたら添付をお願いいたします。

完成しましたら、当院までFAXをお願いいたします。

済生会兵庫県病院 医療福祉事業室(地域連携室) FAX: 078-987-4866