診療情報提供書(初回)

記入日　　年　　月　　日

広島西医療センター担当医殿

地域医療連携室行
FAX0827-57-7701

医療機関名
所在地
医師氏名
TEL
FAX

患者氏名	フリガナ	男	〒　　ー
		女	
	明・大・昭　　年　　月　　日		連絡先　　(　　)

診断名

1 ＿＿＿＿＿＿　4 ＿＿＿＿＿＿
2 ＿＿＿＿＿＿　5 ＿＿＿＿＿＿
3 ＿＿＿＿＿＿　6 ＿＿＿＿＿＿

既往歴

1 ＿＿＿＿＿＿　4 ＿＿＿＿＿＿
2 ＿＿＿＿＿＿　5 ＿＿＿＿＿＿
3 ＿＿＿＿＿＿　6 ＿＿＿＿＿＿

処　方

1 ＿＿＿＿＿＿　4 ＿＿＿＿＿＿
2 ＿＿＿＿＿＿　5 ＿＿＿＿＿＿
3 ＿＿＿＿＿＿　6 ＿＿＿＿＿＿

処置内容(あてはまるものにチェック)

	□点滴の管理	□中心静脈栄養	□酸素療法	□レスピレーター
	□気管切開の処置	□経管栄養	□褥槍の処置	□認知症
状態	□自立	□見守り	□車いす	□寝たきり

診療情報	