**診療情報提供書**

回復期リハビリテーション病棟・療養病棟用

ご記入日：令和　　年　　月　　日

ご紹介元医療機関の名称：

所在地：

診療科：　　　　　　　　　　ご担当医：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者様氏名**  様 | | | **性別**  男性 ・ 女性 | | | **生年月日**  　　　 　年　 　月　　　日 | | | **年齢**  　　　　 歳 |
| **住所** | | | | | | **連絡先** | | | |
| **診断名** | | | | | | | | | |
| **既往歴・合併症** | | | | | | | | | |
| **経過・治療** | | | | | | | | | |
| **内服薬（添付可）** | | | | | | **他科受診の有無・経過** | | | |
| **頭部** 　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　所見: | | | | **胸部X-P**　　　　　 　年　　月　　日  　　　　　　　　　所見: | | | | **心電図**　　年　月　日 | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | | **心エコー・フォルタ等** | |
|  | | | |  | | | |
|  | | | | **結核：なし・あり** | | | |
| **感染症** | 結果 | 培養材料 | | | 検査日 | | 治療内容 | 年　　月　　日 | |
| MRSA | なし ・ あり |  | | | 月　日 | |  | HBsAg | なし ･ あり |
| MDRP | なし ・ あり |  | | | 月　日 | |  | HBsAb | なし ･ あり |
| Acinetobacter | なし ・ あり |  | | | 月　日 | |  | HCV | なし ･ あり |
| 抗酸菌 | 塗抹(なし・あり)　培養(なし・あり) | | | | 月　日 | |  | TPHA | なし ･ あり |
| 結核菌 | 塗抹(なし・あり)　培養(なし・あり) | | | | 月　日 | |  | RPR | なし ･ あり |
| **＊一般採血・尿検査の結果につきまして、あわせてご送付ください。**  **＊既往に循環器疾患がある方は心エコーの情報添付でも可能です。** | | | | | | | | | |

筑波記念病院　Ver1.7