

患者様紹介状(診療情報提供書)

令和 年 月 日

拝啓 先生には益々ご健勝の事とお喜び申し上げます。ご多忙中まことに恐縮ではございますが、
様のご高診のほど宜しく願い申し上げます。

誠にお手数とは存じますが、以下にご記入宜しく願いいたします。 敬具。

空水治療院 田中 昌輝
〒603-8832
京都市北区大宮南田尻町58第2池田ビル1F
TEL・FAX 075-494-5666
E-mail info@ku-sui.net

所在地
医療機関名
電話番号
FAX
担当医師名 **先生**

患者様氏名	様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生()歳	男・女
-------	---	------	-----------------------	-----

診断名(傷病名)				
既往歴(手術歴)	無	有		
現病歴	無	有		
放射線治療	無	有	部位	胸部(右・左)／腋下(右・左)／鼠径部(右・左)／生殖器／咽頭部
			範囲	その他()
			期間	年 月 ～ 年 月まで
抗がん剤	無	有	種類()	期間(年 月 ～ 年 月まで)
			種類()	期間(年 月 ～ 年 月まで)
現在の処方	無	有	・(薬品名) (目的)	
			・(薬品名) (目的)	
			・薬剤アレルギー(無・有) 薬剤名:	
検査・所見				
リンパ浮腫	原発性(先天性／早発性／晩発性)／外傷性／分娩後／静脈性 手術直後／手術後()ヶ月より／手術後()年より／その他			
症状について	部位	上肢(右・左)／下肢(右・左)／胸部／背部／腰部／臀部／下腹部／生殖器 その他()		
全身性浮腫	無	有	心性／腎性／肝性／栄養性／内分泌性／突発性／薬剤性／その他()	
★一般禁忌	無	有	感染症による急性炎症／心性浮腫／下肢静脈急性疾患／悪性腫瘍(症状の緩和目的としてのみ可)	
★頸部禁忌	無	有	甲状腺機能亢進症／頸動脈洞症候群／不整脈／高血圧	
★腹部禁忌	無	有	放射線性腸炎／放射線性膀胱炎／骨盤静脈血栓症／消化管炎症性疾患／腸閉塞症	
			潰瘍性大腸炎／大動脈瘤／クローン病／消化管多発性憩室症／妊娠／てんかん	
★深部静脈血栓症	無	有	検査方法:	
蜂窩織炎について	無	有	頻度(年に 回ぐらい)	最近の炎症: 年 月頃
			症状:	
			治療:	【抗生物質名: 】
備考				

★次の場合は施術禁忌となりますが、該当する疾患がある場合には○印で囲んでください。