患者様紹介状(診療情報提供書)

平成　　年　　月　　日

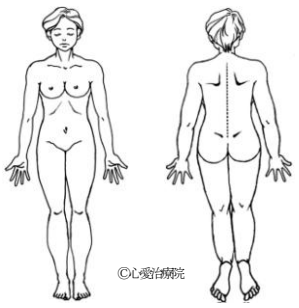
〒141-0031
東京都品川区西五反田3-6-7-906
心愛治療院　院長　佐藤明子宛

拝啓　先生には益々ご健勝の事とお喜び申し上げます。ご多忙中誠に恐れ入りますが、　　様のご高診のほど宜しくお願い申し上げます、当院加療後は、加療経過報告書を差し上げたく存じますので、以下にご記入宜しくお願いいたします。　敬具

所在地・電話
医療機関名称
担当医師名　　先生

患者様氏名	様	生年月日	大・昭・平　年　月　日(　歳)	男・女

（一般既往歴について）

傷病名			放射線照射部位	
既往歴	有 無			
手術歴	有 無	(　年　月頃)		
放射線療法	有 無	＜期間＞平成　年　月 ＜部位・範囲＞右胸部・左胸部・右腋窩・左腋窩・右鼠径部・左鼠径部・生殖器下腹部・咽頭部・鎖骨上窩・その他（　）		

（リンパ浮腫症状について）

原発性：先天性（遺伝性・形成不全）／早発性／晩発性／特発性／外傷後／分娩後／静脈性
続発性：手術直後・手術後（　）ヶ月目から／手術後（　）年目から／その他（　）
部　位：左上肢／右上肢／胸部／背部／腰部／殿部／左下肢／右下肢／下腹部／生殖器／その他（　）

全身性浮腫	有 無	心性／腎性／肝性／栄養性／内分泌性／特発性
施術禁忌	有 無	感染症／心性浮腫／悪性腫瘍（相対的禁忌：症状の緩和目的としてのみ可）
頚部施術	有 無	高血圧／不整脈／頚動脈洞症候群／甲状腺機能亢進症／その他（　）
腰部施術	有 無	大動脈瘤／骨盤静脈血栓症／放射線性結膜炎／放射線性膀胱炎／腸閉塞症／消化管炎症性疾患／潰瘍性大腸炎／クローン病／消化管多発性憩室症／妊娠／てんかん／その他（　）
蜂窩織炎について	有 無	頻度（　年に　回くらい）　最近の炎症について：平成　年　月頃 症状： 治療：　抗生物質【　】
現在の処方	有 無	
備考		

※必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付して下さい。

送付先：心愛治療院　TEL：03-3493-2517 FAX 03-5875-3907　〒141-0031 東京都品川区西五反田 3-6-7-906