

患者紹介状(診療情報提供書)

年 月 日

紹介先

〒183-0006 東京都府中市緑町 1-8-4
 治療館みどりの森
 電話 042-366-7330
 携帯 090-7288-9065

紹介元医療機関の所在地及び名称

所在地
 医療機関名
 電話番号
 F A X

担当セラピスト
 森 美枝

担当医師名

患者氏名		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)	・ (年 月頃)					
	・ (年 月頃)					
	・ (年 月頃)					
現病歴	・ (年 月頃)					
	・ (年 月頃)					
	・ (年 月頃)					
リンパ節郭清	無	有	場所			
放射線療法	無	有	部位	胸部(右・左)／腋窩(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 月迄)		
			種類()	期間(年 月～ 年 月迄)		
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 症状について	原発性[先天性／早発性／晩発性]／外傷後／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()					
	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／特発性／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			
★圧迫禁忌	無	有	閉塞性動脈硬化症			
★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 回くらい)	最近の炎症:平成 年 月頃		
			症状:			
			治療: 【抗生物質名: 】			
治療経過						

★ 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。
 ※ 最新の血液検査データのコピーを裏面に添付ください(感染症に関しては2年以内のもの)。治療館みどりの森