

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

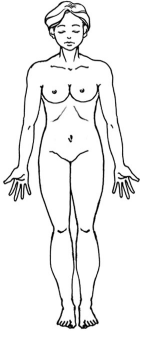
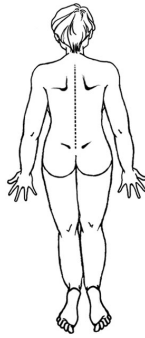
所在地・電話
医療機関名称
担当医師名

先生

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ひ申し上げます、当院加療後は、加療経過報告書を差し上げたたく存じますので、以下にご記入宜しくお願ひいたします。 敬具

患者様氏名	様	生年月日	西暦（大・昭・平）	年	男・女
			月	日（ 歳）	

（一般既往歴について）

傷病名					放射線照射部位等（所見記入箇所）	 
既往歴	有	無	心房細動（不整脈・その他）多血症/脳血管障害			
手術歴			年	月頃		
			年	月頃		
			年	月頃		
放射線療法	無	有	期間	平成 年 月		
			部位範囲	胸部（右・左）・腋窩（右・左）・鼠径部（右・左） 生殖器・下腹部・咽頭部・鎖骨部（右・左）・頸部 その他（ ） ※右図の場所に所見等をご記入ください		
検査・所見						

（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／外傷性／分娩後／静脈性					
続発性：手術直後・手術後（ ）ヶ月目より／手術後（ ）年目より／その他（ ）					
部位：上肢（右・左）／胸部／背部／腰部／臀部／下肢（右・左）／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		
※施術禁忌	無	有	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）		
※頸部施術	無	有	高血圧／不整脈／頸動脈洞症候群／甲状腺機能亢進症／その他（ ）		
※腰部施術	無	有	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／妊娠 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／てんかん		
蜂窩織炎について	無	有	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（内服・外用）		
現在の処方	無	有	薬剤アレルギー（無・有：薬剤名）		
備考					

※施術禁忌となります。該当の場合、該当する疾患を○で囲んでください

送付先：心愛治療院 TEL: 03-3493-2517/FAX: 03-6908-2331 〒141-0031 東京都品川区西五反田 3-6-7-906