

# 患者紹介状（診療情報提供書）

西暦 年 月 日

## 紹介元医療機関の所在地及び名称

東京都豊島区目白 3-5-6-2F  
目白鍼灸院  
TEL/FAX (03) 5996 8302  
担当者名

所在地  
医療機関名  
電話番号  
FAX  
担当医師名

患者氏名		生年月日	西暦	年	月	日生（	歳）	男	女
------	--	------	----	---	---	-----	----	---	---

一般既往歴	傷病名									
	既往歴	無	有	心房細動（不整脈・その他）多血症 / 脳血管障害						
	手術歴								年	月
									年	月
									年	月
	放射線療法歴	無	有	西暦	年	月				
				部位	左胸部 左腋窩 左鼠径部 生殖器 咽喉部					
				範囲	（					
		）								
	検査・所見									
リンパ浮腫について	リンパ浮腫症状について	原発性（先天性 早発性 形成不全） 特発性 外傷性 分娩性 静脈性 手術直後 手術後（ ）ヵ月より 手術後（ ）年より その他								
		部位	左上半肢 胸部 背部 腰部 臀部 左下半肢 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※緩和措置として処置						
	☆頸部施術	無	有	甲状腺機能亢進症 高血圧 不整脈 頸動脈洞症候群						
	☆腹部施術	無	有	放射線性結腸症 放射線性膀胱炎 腸閉塞症 消化管炎症性疾患 クロウン病 潰瘍性大腸炎 消化管多発性憩室炎 大動脈瘤 骨盤静脈血栓症 妊婦						
	蜂窩織炎について 発症の有無	無	有	頻度（ 年 回位） 最近の炎症について 年 月 症状 治療（内服・外用）						
	現在の処方	無	有	利尿剤		蛋白分解物質				
				薬剤アレルギー（無・有：薬剤名）						
		治療経過								

☆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は○印で囲んでください。

目白鍼灸院