診療情報提供書（初回）

記入日：西暦　　年　　月　　日

済生会江津総合病院　担当医　行

地域医療連携室　行

FAX：0855-54-0164

医療機関名

所在地

医師氏名

TEL

FAX

患者氏名	フリガナ	男	〒　　－
		女	
	明・大・昭・平　　年　　月　　日		連絡先　　（　　）

診断名

1　　4

2　　5

3　　6

既往歴

1　　4

2　　5

3　　6

処方

1　　4

2　　5

3　　6

処置内容（あてはまるものにチェック）

□点滴の管理　□中心静脈栄養　□酸素療法　□レスピレーター

□気管切開の処置　□経管栄養　□褥瘡の処置　□認知症

□尿道留置カテーテル

状態　□自立　□見守り　□車いす　□寝たきり

診療情報	