

外傷・炎症疾患のための形成外科診療情報提供書

20 年 月 日

紹介先 北信総合病院 形成外科 御中

送信先 地域医療連携課 FAX受付

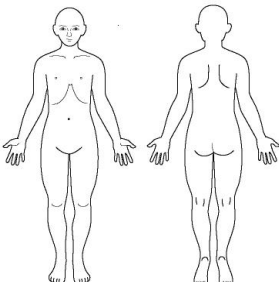
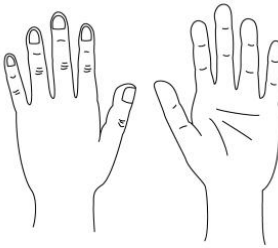
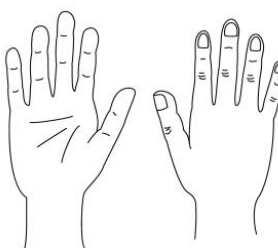
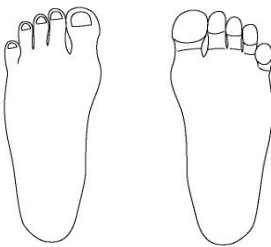
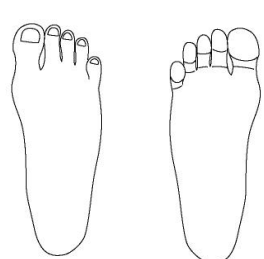
TEL 0269-23-2160

FAX 0269-22-2812

紹介元医療機関

所在地・TEL

医 師 氏 名

患 者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日	歳	男・女
	住 所	TEL		—		—	
		携帯電話		—		—	
傷 病 名	●ご紹介理由に○を付けて下さい。その他の場合ご記入下さい。						
紹 介 目 的	外傷（擦過創・切創・刺創・割創・圧挫創・切断・引き抜き損傷）、熱傷・凍傷、 軟部（神経・血管・腱）損傷、指趾骨折、顔面骨骨折、動物（猫・犬・人・マムシ）咬傷、 炎症性（感染性）皮膚腫瘍、褥瘡感染、その他（ ）						
既 往 歴	薬剤アレルギー 有・無						
●受傷日時・発症日時 年 月 日 時 ・ 不詳							
●受傷部位・炎症部位に○を付けて下さい。							
四肢 体幹			左手			右手	
顔			左足			右足	
●外傷の場合、受傷理由に○を付けて下さい。その他の場合ご記入下さい。							
・転倒 ・打撲 ・包丁 ・スライサー ・カッター ・剪定はさみ（電動・手動 ） ・電動のこぎり ・チェーンソー ・草刈り機 ・ベルトコンベアー ・工業機械 ・キノコの機械（菌床詰め ・おがくず詰め ・その他 ） ・スキー ・スノボ ・その他（ ）							
●ご報告事項など							
※お手元にあるお薬手帳をご持参いただくようにご説明ください。							