

診療情報提供書(褥瘡外来用)兼申込書

令和 年 月 日

市立貝塚病院 形成外科担当医宛

*この用紙が診療情報提供書となります。当日、患者様に捺印した原本をご持参いただきますようお願い致します。

紹介元 医療機関	所在地			
	医療機関名			
	医師名	(印)		
	電話番号		FAX	

*該当の項目に☑をつけて下さい。()内は具体的に記入をお願いします。

(ふりがな) 患者氏名		性別	男・女
		年齢	
患者住所		電話番号	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日	職業	
紹介目的	褥瘡治療		
褥瘡	褥瘡発生部位 ()		
	色	☐赤 ☐白 ☐黒	
	発赤	☐あり ☐なし	
	滲出液	☐あり ☐なし	
	臭い	☐あり ☐なし	
	痛み	☐あり ☐なし	
ポケット	☐あり ☐なし		
処置方法	☐軟膏 (使用軟膏:)		
	☐創傷被覆材 (使用被覆材:)		
	☐その他 ()		
既往歴	高血圧・糖尿病など		
抗血栓薬内服	☐あり(薬剤名:) ☐なし		
アレルギー	☐あり() ☐なし		
受診希望日	診察日 毎週火曜日 ・10:30~11:00 ・11:00~11:30		
	希望日時 令和 年 月 日 ☐10:30~11:00 ☐11:00~11:30 ※希望日については、ご希望にそえない場合がありますので、あらかじめご了承ください。 こちらから折り返し予約通知書を送らせていただきますので、患者様にお渡し下さい。		
備考			

FAX 送信先 市立貝塚病院 地域医療連携室 072-438-5511
大阪府貝塚市堀3丁目10-20 市立貝塚病院 072-422-5865(代表)