

患者紹介状（診療情報提供書）

紹介元医療機関

住所

名称

担当医師名

患者氏名				生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生(歳)	男・女
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 ．／					
一般的既往歴	手術歴	・ 年 月頃					
		・ 年 月頃					
	放射線療法	無	有	平成・昭和 年 月 日			
		部位範囲:		・ 右胸部 ・ 左胸部 ・ 右腋窩 ・ 左腋窩 ・ 右鼠径部 ・ 左鼠径部 ・ 生殖器 ・ 咽頭部 ・ その他()			
検査・所見							

リンパ浮腫症状について

原発性 ．／(先天性(1.遺伝性 2.形成不全)・早発性 ・ 晩発性)／特発性 ．／ 外傷後 分娩後 ．／ 静脈性 ．／ 手術直後／手術後 ()ヶ月より ．／ その他()		
部位	左上肢／右上肢／胸部／背部／腰部／臀部／左下肢／右下肢／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
☆施術禁忌の有無	無・有	感染症／心性浮腫／悪性浮腫(相対的禁忌:症状の緩和を目的としてのみ可)
☆頸部施術の禁忌	無・有	甲状腺機能亢進症／高血圧／不整脈／頸動脈洞症候群／上大静脈症候群
☆腹部施術の禁忌	無・有	放射性結腸炎／放射性膀胱炎／腸閉塞症／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／大動脈瘤／ 骨盤静脈血栓症／妊娠／てんかん
蜂窩織炎について 発症の有・無	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(内服および外用:予防的投与も含む) (抗生物質名:)	
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		

☆次の場合には、施術禁忌となりますが、該当する疾患がある場合には○印で囲んで下さい。

※必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付して下さい。