

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	
	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。