

紹介状・診療情報提供書

(下肢静脈瘤外来)

記載日： 年 月 日

埼玉県済生会 加須病院

心臓血管外科 岩朝医師 宛

【紹介元医療機関】

名称

所在地

TEL：

診療科名 科

医師名 印

〒347-0101 埼玉県加須市上高柳 1680

TEL：0480-70-0888(代表)

来院希望日

希望日 月 日 ()

希望なし 後日患者様より連絡

埼玉県済生会加須病院 受診歴 (有 ・ 無 ・ 不明)

フリガナ 患者氏名	(性別) 男・女	生年月日 (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (歳)
住所 (〒)		
TEL：		
【紹介目的】		
<input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤		
<input type="checkbox"/> うっ滞性皮膚炎		
<input type="checkbox"/> その他 ()		
<疾患該当箇所 ※分かる範囲でご記入ください>		
<input type="checkbox"/> 両足 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> 右足		
現病歴及び現症状 (検査所見・治療経過等含む)		
<input type="checkbox"/> 下腿の血管がミミズ腫れ		
<input type="checkbox"/> こむら返り (足がつる)		
<input type="checkbox"/> 色素沈着 (下腿の皮膚が浅黒くなりかけている)		
<input type="checkbox"/> 下腿の潰瘍		
<input type="checkbox"/> 血管の浮き出ている箇所の皮膚が熱を持っている		
<input type="checkbox"/> その他		
既往歴及び家族歴		
薬物アレルギー ()		
現在の処方 <input type="checkbox"/> お薬手帳を持参します		
備考		
別途添付 <input type="checkbox"/> 画像 (CD-R・フィルム) <input type="checkbox"/> 採血・尿等検査結果 <input type="checkbox"/> 心電図記録等 <input type="checkbox"/> その他 ()		