

患者紹介状（診療情報提供書）

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

神奈川県鎌倉市西鎌倉1-18-3
柳川クリニック
TEL:0467-33-0857
FAX:0467-33-1229

神奈川県横浜市中区桜木町1-1-7
TOCみなとみらい3階 医療モール内
みなとみらいケンズクリニック
TEL:045-651-2588
FAX:045-650-1136

所在地
医療機関名
電話番号
F A X

担当医師名
リンパ浮腫担当医 殿

担当医師名

| | | | |
|------|------|-----------------------|-----|
| 患者氏名 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日生（ 歳） | 男・女 |
|------|------|-----------------------|-----|

| | | | | | |
|-------------|--------------|---|--|--|-------------------------------|
| 一般的既往歴 | 診断名 (傷病名) | | | | |
| | 既往歴 (手術歴) | ・ (年 月頃) | | | |
| | | ・ (年 月頃) | | | |
| | | ・ (年 月頃) | | | |
| | | | 無 | 有 | 心房細動（不整脈・その他：) / 多血症 / 脳血管障害 |
| | 現病歴 | ・ ・ ・ | | | |
| | 放射線療法 | 無 | 有 | 部位 (左・右) 胸部 / (左・右) 腋窩 / (左・右) 鼠径部 / 生殖器 / 喉頭部 範囲 その他 () 期間 (年 月 ~ 年 月迄) | |
| | | 無 | 有 | 種類 () 期間 (年 月 ~ 年 月迄) 種類 () 期間 (年 月 ~ 年 月迄) | |
| 現在の処方 | 無 | 有 | ・ (薬品名) (目的) ・ (薬品名) (目的) ・ 薬剤アレルギー (無・有 : 薬剤名) | | |
| 検査・所見 | | | | | |
| リンパ浮腫症状について | リンパ浮腫 | 原発性（先天性 / 早発性 / 晩発性） / 分娩後 / 外傷後 / 静脈性 手術直後 / 手術後 () ヶ月より / 手術後 () 年より / その他 () | | | |
| | 症状について | 部位 | (左・右) 上肢 / (左・右) 下肢 / 下腹部 / 胸部 / 背部 / 腰部 / 殿部 / 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 / 薬剤性 / その他 () | |
| | ★一般禁忌 | 無 | 有 | 感染症による急性炎症 / 心性浮腫 / 下肢静脈急性疾患 / 悪性腫瘍 (症状緩和を目的としてのみ可) | |
| | ★頸部禁忌 | 無 | 有 | 甲状腺機能亢進症 / 高血圧 / 不整脈 / 頸動脈洞症候群 | |
| | ★腹部禁忌 | 無 | 有 | 放射線性腸炎 / 放射線性膀胱炎 / 腸閉塞症 / 消化管炎症性疾患 / 潰瘍性大腸炎 / クロウン病 / 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 | 無 | 有 | 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： 【抗生物質名： 】 | |
| | 治療経過 | | | | |

★ 次の場合は、施術禁忌となりますが、該当する疾患がある場合には○印で囲んでください。
※ 最新の血液検査データのコピーを添付ください（感染症に関しては2年以内のもの）。