

診 療 情 報 提 供 書 (I)

年 月 日

医療法人社団喜生会
新富士病院
血管外科 花田 明香 宛

医療機関名
所在地
電話番号
医師

⑩

患者 情報	カナ 氏名	様	生年 月日	M / T / S / H 年 月 日 (歳)	男 女
	住所				TEL

診断名	下肢静脈瘤
・ きず :	(有 (部位:) ・ 無 ・ 不明)
・ 皮膚炎 :	(有 (部位:) ・ 無 ・ 不明)
・ 血栓性静脈炎 :	(有 (部位:) ・ 無 ・ 不明)
・ 深部静脈血栓症 :	(有 (部位:) ・ 無 ・ 不明)
既往歴 (該当病名があれば○を記して下さい)	
・ 心不全	(年 月 ~) ・ 糖尿病 (年 月 ~)
・ 虚血性心疾患	(年 月 ~) ・ 脳梗塞 (年 月 ~)
・ 末梢動脈疾患	(年 月 ~) ・ 高脂血症 (年 月 ~)
・ 甲状腺機能異常症	(年 月 ~) ・ 悪性腫瘍 (年 月 ~)
・	(年 月 ~) ・ (年 月 ~)
症状経過及び検査結果 (特記すべきことがない場合は空欄で構いません)	
内服薬情報 (処方箋等のコピーの添付でも結構です)	
特記事項	