診療情報提供書

(様式３)

情報提供先事業所　殿

　　　年　　月　　日

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師名

患者氏名

患者住所

電話番号

生年月日　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳）

性　　別

□傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（脳の損傷部位：　　　　　　　）

□発症・受傷年月日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

□障害状況（該当するものに○）

高次脳機能障害：

記憶障害　／　注意障害　／　半側空間無視　／　遂行機能障害

社会的行動障害（　感情の障害　・　行動の障害　）　／　見当識障害

失語症　／　失認症　／　失行症　／　その他（　　　　　　　　　　　　　）

身体障害：

片麻痺（右・左）　／　失調症

視野障害（　　　　　　）　／　視力障害　／　聴覚障害

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□合併症（該当する疾患に○）

けいれん発作（発作型：　　　　　　頻度：　　　　最終発作：　　　　年　　月　　日）

不整脈　／　高血圧症　／　糖尿病　／　喘息発作

　アレルギー発作（　　　　　　　　　）　／　眼科疾患（具体的に　　　　　　）

　耳鼻科疾患（具体的に　　　　　）　／　感染症（具体的に　　　　　　　　　　　　）

　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□服薬状況：無　・　有（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□検査所見（特に通所する上で注意すべき所見）：

□その他、通所上、特に配慮すべき点

* 緊急時受入れ（　可　・　否　）