

診療連絡票

ふりがな										
氏名		患者団体名								
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	才	性別	男 ・ 女			
現住所										
希望施設	①	②			③					
症 状	(生活の状況) ①ほとんど自分でできる ②身の回りのことは自分でできる ③食事位はできる ④何もできない									
療 養 歴										
	受付	薬務局	年	月	日	決定 通知	薬務局	年	月	日
		健康政策局	年	月	日		健康政策局	年	月	日
	受診施設									
	外来通院決定		年	月	日	入院決定		年	月	日

(注) 症状欄及び療養歴欄については、次の事項について解る範囲で記入して下さい。

- ## 1. 症状欄について

(1) 発症時期 (2) 症状 ア. 視力障害の程度 イ. しびれの部位等 ウ. その他の症状

- ## 2. 療養歴欄について

(1) 初診年月日及び医療機関 (2) 入院歴の有無、有る場合は回数、時期 (3) 現在受診している医療機関

(4) 特殊治療の有無 ①リハビリテーション ②はり、きゅう、マッサージ ③補護具