

診療情報提供書

紹介元医療機関：

住所：

担当医師名：

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日（ 歳）	男・女
傷病名							
既往歴	無・有						心房細動（不整脈・その他） 多血症／脳血管障害
一般 既往 歴	手術歴	令和・平成・昭和					年 月 頃
		令和・平成・昭和					年 月 頃
	放射線療法	無・有	令和・平成・昭和	年	月	日	
		部位 範囲	・右胸部・左胸部・右腋窩・左腋窩・右鼠径部・左鼠径部 ・生殖器・咽頭部・その他（ ）				
検査・所見							

リンパ浮腫症状について

原発性／（先天性 [1. 遺伝性 2. 形成不全] ・ 早発性 ・ 晩発性）／ 特発性／ 外傷後 分娩後／ 静脈性／ 手術直後／ 手術後（ ）ヶ月より／ その他（ ）	
部位	左上肢／右上肢／胸部／背部／腰部／臀部／左下肢／右下肢／下腹部／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
☆施術禁忌の有無	無・有 感染症／心性浮腫／悪性浮腫（相対的禁忌：症状の緩和を目的としたのみ可）
☆頸部施術の禁忌	無・有 甲状腺機能亢進症／高血圧／不整脈／頸動脈洞症候群／上大静脈症候群
☆腹部施術の禁忌	無・有 放射性結腸炎／放射性膀胱炎／腸閉塞症／消化管炎症性疾患／潰瘍性大腸炎／ クローン病／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 発症の有・無	頻度（ 年に 回くらい）
	最近の炎症について 令和・平成 年 月 頃
	症状：
	治療（内服および外用：予防的投与も含む） （抗生物質名： ）
現在の処方	無・有 ・利尿剤（ ） ・蛋白分解物質（ ） ・薬剤アレルギー（無・有 薬剤名 ）
治療経過	

☆の場合に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。

※必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録等を添付してください。