

診療情報提供書

宛先：東京労災病院 脳神経移植科 浪岡

FAX: 03-3744-9310 e-mail: re-therapy@tokyoh.johas.go.jp

ふりがな					性別/年齢	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	
患者氏名					生年月日			
連絡先	氏名	続柄	日	中	夜間	備考		
	①	様						
	②	様						
医療機関名								
住所								
TEL(FAX)								
ふりがな					e-mail			
医師名								
全身意識レベル	JCS or GCS							
状態呼吸循環状態	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 昇圧剤							
既往歴								
経過	受傷日	<input type="checkbox"/>				手術の有無		
	現時点のAIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C (判定日)				損傷レベル		

最新の血液検査データの添付もお願いいたします。また、可能な限りMRI、CT、XP等画像所見(key film)は、個人情報をご配慮の上メールにてご送付下さい。