別紙1　　　　　　　　　　　診　　療　　連　　絡　　票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 患者団体名 |  | | | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　　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身の周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 |
| 医務局 | 年　　月　　日 | | 医務局 | | 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補装具