

# 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。