

診療録No3

過有  
敏症無

診 療 録

公費負担者番号				保険者番号				0	6	1	3	1	3	2	4		
公費負担医療の受給者番号				記号・番号		10・135											
				有効期限		平成 年 月 日											
受 診 者	氏 名		安川 源														
	生年月日		明大(昭)平40年 4月 23日		男・女		資 格 取 得 昭・平 年 月 日										
	住 所		東京都台東区浅草橋9-9-9 電話 03-0000-0000				事業所		所在地								
	職 業		会社員		被保険者 との続柄		本人		保険者		所在地						
傷 病 名				職 務		開 始		終 了		転 帰		期間満了予定日					
肺炎				上・外		25年 2月 19日		25年 2月 26日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日					
				上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日					
				上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日					
				上・外		年 月 日		年 月 日		治ゆ・死亡・中止		年 月 日					
既往症・原因・主要症状・経過等								処 方 ・ 手 術 ・ 処 置 等									
<p>家族性コレステロール血症にて通院中の小川クリニックから紹介。</p> <p>2月15日 KT38.2℃、悪寒・咽頭痛あり 小川クリニックにて薬を処方 ※ロキソニン錠 3T メチスタ錠500mg 3T ケイサミン錠 3T セファレキシンカプセル 3C 分3×4日分</p> <p>2月19日 KT38.7℃ 画像診断の結果、湿潤影を認め肺炎と診断 池中総病院に入院予定で紹介</p> <p>・既往歴 WPW症候群（カテーテルアブレーション施行済） 家族性コレステロール血症 マイバスタン錠5mg 2T 分2 ニチアスピリン錠 1T 分1 (2月分処方済み)</p>								<p>医療機関名：池中総病院 住所：東京都中央区八丁堀5-5-5 電話番号：03-0000-0000 医師：谷口 透</p> <p>医療機関名：小川クリニック 住所：東京都台東区浅草橋8-8-8 電話番号：03-0000-0000 医師：上田 直樹</p>									
傷 病 名				労 務 不 能 に 関 す る 意 見				入 院 期 間									
				意見書に記入した労務不能期間		意見書交付		自 至		E E		日 間					
				自 至		日 間		年 月 日		自 至		E E					
				自 至		日 間		年 月 日		自 至		E E					
				自 至		日 間		年 月 日		自 至		E E					
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨																	
備 考					公費負担者番号												
					公費負担医療の受給者番号												

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
25.2.19 KT38.7℃ BP118/73 P105 SpO <sub>2</sub> 94% 咳嗽 (+) 頻呼吸 (-) ラ音 (-) WBC6800 CRP12.0 画像診断の結果、右下葉に肺炎、一部無気肺  小川クリニックで処方された薬は、ニチアスピリンのみ 服用 <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.19 B-末梢血液一般 B-CRP ECG (12) 胸部デジタルX-P (画像記録用四ツ切 2枚) 胸部CT (画像記録用四ツ切 2枚) S-M、培 点滴 - [ ブランジン注用2g 2瓶 ソリタ-T3号輸液500mL 2瓶 ピソルボン注 2A Rpテブレノンカプセル 3C アントブロンLカプセル 3C シスダイネ錠500mg 3T      分3×5日分
25.2.20 KT39.2℃ BP127/85 P110 SpO <sub>2</sub> 95% 引き続き点滴を行い、様子を見る。  <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.20 点滴 do
25.2.21 KT38.0℃ BP115/80 CRP10.6  <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.21 点滴 do B-CRP
25.2.22 KT37.6℃ BP116/83  <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.22 点滴 do
25.2.23 KT37.2℃ BP120/85  <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.23 点滴 - [ ブランジン注用2g 2瓶 ソリタ-T3号輸液500mL 1瓶 ピソルボン注 2A
25.2.24 KT37.0℃ BP120/83  <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.24 点滴 do
25.2.25 KT36.8℃ BP118/78 CRP0.2 画像診断の結果、肺炎像消失 咳、痰減少、このまま落ち着いていれば明日退院  <p style="text-align: right;">朝・昼・夕 通常食</p>	25.2.25 B-CRP 胸部デジタルX-P (画像記録用 四ツ切2枚) S-M、培
25.2.26 予定通り本日退院 退院時処方 小川クリニックへ、入院中の報告及び今後の治療に ついて診療情報提供書作成	25.2.26 Rpパセトシンカプセル250mg 3C      分3×7日分

## 診療情報提供書

作成文書	請求者	各種書類の交付	提出先
診療情報提供書	患者	医療機関	他の医療機関等

※一般には、紹介状とよばれる。

### 【記載事項】

- ①紹介先医療機関等名、担当医 科 殿
  - ・紹介先の医療機関等名、診療科、医師名を担当医師に確認後、記入します。
- ②日付
  - ・文書を作成した日付を記入します。
- ③紹介元医療機関の所在地及び名称、電話番号、医師名
  - ・自院の住所、名称、電話番号を記入します。医師氏名欄は医師に証明内容の最終確認をしてもらう際に、直筆で署名または押印をしてもらいます。
- ④患者氏名、患者住所、性別、電話番号、生年月日、職業
  - ・患者氏名、患者住所、性別、電話番号、生年月日、職業を、診療録の記載をもとに記入し、該当項目を○で囲みます。
- ⑤傷病名
  - ・紹介先の医療機関で治療が必要な傷病名を記入します。
- ⑥紹介目的
  - ・紹介先の医療機関に依頼する治療内容の概略を記入します。
- ⑦既往歴及び家族歴
  - ・⑤の傷病以外に治療を行っている傷病や、アレルギーや輸血の有無、家族の状況など、紹介先の医療機関での治療に必要な情報を記入します。
- ⑧症状経過及び検査結果
  - ・⑤の傷病に関する症状の経過、検査や画像診断などの結果を記入します。
- ⑨治療経過
  - ・⑤の傷病に関する治療の内容や経過を記入します。
- ⑩現在の処方
  - ・現在服用している薬剤がある場合、処方内容を記入します。
- ⑪備考
  - ・①から⑩以外で、治療上必要な内容がある場合に記入します。

## 診療情報提供書（様式）

### 診療情報提供書

※医師からの他診療所又は病院の医師への紹介を兼ねた診療情報提供書です。

年 月 日

病院・診療所  
 医院・クリニック 科 先生

医療機関名  
 所在地  
 電話番号  
 医師氏名

下記の患者さまを紹介しますので、よろしくお願いたします。

フリガナ		職業	
患者氏名		電話	
住所		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)		
紹介目的			
主訴 および現病名			
既往歴 および家族歴			
治療経過 および 主要検査成績			
現在の処方			
患者に関する 留意事項			
添付資料	なし・X-P・内視鏡フィルム・検査データ・ECG・ その他 ( )		
備考			