

ご担当先生御侍史

診療情報提供書記入のお願い

共立女子大学・共立女子短期大学では、学生の既往歴・現病歴を把握し、健康支援に役立て参ります。

つきましては、先生方に本学所定の診療情報提供書にご記入頂き、情報共有していただきますようお願い申し上げます。

この報告書は学校医並びに保健室が責任持って管理致します。

お手数をおかけ致しますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

<お問い合わせ先>

 共立女子大学・共立女子短期大学 学生支援課保健室

(住所)〒101-8437 東京都千代田区一ツ橋 2-2-1

(TEL) 03-3237-2550

(e-mail) gks@kyoritsu-wu.ac.jp

(既往歴・現病歴)

心臓疾患 診療情報提供書



共立女子大学・共立女子短期大学 学校医 齋田瑞恵・三橋裕子

★この書類は保健室で保管します。できるだけ詳しくご記入ください。

□はチェックを入れてください。 必要時()内にご記入ください。

【本人記入】

学籍番号	()年	生年月日	西暦	年	月	日
氏名						

【主治医記入】

※現在通院していない場合は保護者に確認し本人記入可

記入日	西暦	年	月	日	
診断名					
今までの 治療 経過	初診	年 月			
	経過・ 検査結果	※検査結果データがありましたら、別添でご添付ください。			
	手術	<input type="checkbox"/> 済み(歳の時) <input type="checkbox"/> 予定あり(いつ頃) <input type="checkbox"/> 不要 ※手術詳細()			
現在の 状況	通院の 必要性	<input type="checkbox"/> 要通院治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 通院不要			
	通院間隔	<input type="checkbox"/> ()ヵ月毎 <input type="checkbox"/> ()年に1回 <input type="checkbox"/> 症状ある時のみ受診 <input type="checkbox"/> 不要			
	投薬	<input type="checkbox"/> あり 薬品名 () <input type="checkbox"/> なし			
	日常生活 の 制限	<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 激しい運動は避ける <input type="checkbox"/> 制限あり (具体的に記入:)			
	その他 注意事項	※あれば記入してください。			

最終受診日: 年 月 日

医療機関名:

所在地:

電話番号:

医師氏名:

印

※本人記入の場合はチェック