

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

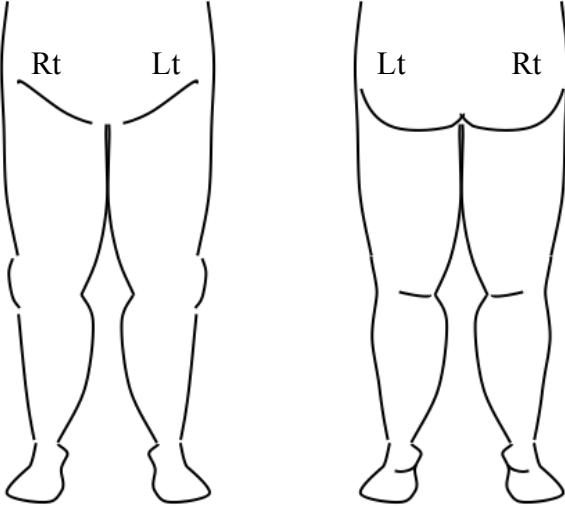
毅峰会 吉田病院 血管外科

担当医 山尾 順 宛

紹介元医療機関名称

電話番号

医師氏名

患者氏名	様 (男 ・ 女)	年齢	歳
傷病名 (右 ・ 左 ・ 両)	下肢静脈瘤 疑い		
紹介目的	精査加療 依頼		
既往歴および家族歴			
血栓症の既往 (あり ・ なし) ステロイド服用 (あり ・ なし)			
症状の経過 (極簡単に結構でございます。)			
下肢病変の状態 (お分りの範囲内のみで結構でございます。)			
血管の拡張・蛇行 (あり ・ なし)			
皮膚の発赤 (あり ・ なし)			
皮膚潰瘍 (あり ・ なし)			
下肢静脈瘤治療歴 (あり ・ なし)			
その他お気づきの事項をお書きください。			

お分りの範囲内で病変の図示をお願い致します。