

診療情報提供書

(医療アートメイク施術に関する情報提供書)

令和 年 月 日

紹介先医療機関

紹介元医療機関

大阪市平野区長吉長原西3-3-18

TEL 06-6760-5200 FAX 06-6760-5830

医療法人結愛会うらたクリニック

院長 浦田 博美

お客様氏名	性別
住所	電話番号
生年月日 大・昭・平 年 月 日	
紹介目的 医療アートメイク施術についての可否	
既往歴	
傷病名（主病）と病状	
詳細な疾患名	
<input type="checkbox"/> 高血圧疾患 ()	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 ()
<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 ()	<input type="checkbox"/> てんかん ()
<input type="checkbox"/> 不整脈 ()	<input type="checkbox"/> 感染症 ()
<input type="checkbox"/> 糖尿病 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 心不全 ()	
上記疾患のため医療アートメイクの施術可否について	
<input type="checkbox"/> 施行できる	
<input type="checkbox"/> 施行できない (<input type="checkbox"/> 血圧コントロール不良のため <input type="checkbox"/> 出血傾向のため <input type="checkbox"/> 重度糖尿病のため)	
<input type="checkbox"/> その他： ()	
<input type="checkbox"/> 注意して施行できる ()	
現在使用中の薬剤	
備考	