

# 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](mailto: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				
氏名	生年月日	西暦	年	月	日

## 【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	□ 済み( 歳の時) □ 予定あり(いつ頃 ) □ 不要 ※手術詳細( )				
現在の 状況	通院の 必要性	□ 要通院治療 □ 経過観察 □ 通院不要				
	通院間隔	□ ( )ヵ月毎 □ ( )年に1回 □ 症状ある時のみ受診 □ 不要				
	投薬	□ あり 薬品名 ( ) □ なし				
	日常生活 の 制限	□ 制限なし □ 激しい運動は避ける □ 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 □