

# 診療情報提供書（脊髄損傷再生医療用）

宛先：札幌医科大学神経再生医療科 脊髄損傷再生医療係

ご紹介医療機関情報

FAX: 011-631-0840 e-mail: stemirac@sapmed.ac.jp

医療機関名			
TEL		FAX	
ふりがな			
医師名		e-mail	

## 患者さん情報

ふりがな				性別/年齢	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	歳	
患者氏名				生年月日			身長	体重
保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 損害保険	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 無保険	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
連絡先	住所			TEL				

既往症	悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )
	感染症の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	新型コロナウイルス感染	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 感染時期 ( 年 月 )
	心臓血管疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )
	脳血管障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )
	その他		

状態	意識	JCSまたはGCS
	呼吸	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 気管内挿管 <input type="checkbox"/> 酸素吸入( L/min)
	循環	<input type="checkbox"/> 昇圧剤
	合併損傷	

経過	受傷日		
	受傷機転	<input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> その他( )	
	手術の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ステロイド療法 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	手術までの時間	<input type="checkbox"/> 受傷から24時間以内( 時間後) <input type="checkbox"/> 24時間以降	
	術式	<input type="checkbox"/> 前方固定 <input type="checkbox"/> 後方固定 <input type="checkbox"/> 前方除圧 <input type="checkbox"/> 後方除圧 <input type="checkbox"/> その他( )	
	現時点のAIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C ( 判定日 )	損傷レベル

経過		
----	--	--

最新の血液検査データの添付もお願いいたします。

また、可能な限りMRI、CT、XP等画像所見(key film)は、個人情報をご配慮の上メールにてご送付下さい。