

診療情報提供書

平成 年 月 日

医療機関名
所在地

電話番号
担当医師名

印

フリガナ 氏名	男 ・ 女	明治 大正 昭和	年	月	日生 (歳)
現住所	〒				
既往歴					
主病名					
現病歴					
処方内容					

アレルギー	なし・あり ()			禁忌薬剤	なし・あり ()
身長	cm	体重	kg	血圧	/ mmHg
皮膚疾患	なし・あり	湿疹 部位() 褥瘡 部位() 疥癬 その他 ()			
四肢および 運動機能の 障害					
精神の状況	認知症	なし・あり (軽・中・重)			
	問題行動	なし・あり	()		
	その他		()		

※血液・尿検査・感染症につきましては、直近3ヶ月以内、X線・心電図は最も新しいデータ
(3ヶ月超可)でお願いします。尚、感染症につきましてはコピーの添付もお願いいたします。

血液検査	白血球	()	Na	()
	赤血球	()	K	()
	ヘモグロビン	()	Cl	()
	血小板	()	CRP	()
	GOT	()	血糖	()
	GPT	()	※糖尿病の方のみ	
	BUN	()	HbA1c	()
	Cre	()		/日Kcal
	その他、病名に関して参考になる所見がありましたらご記入下さい。			
実施日 年 月 日	()			
尿検査	糖() 蛋白() 潜血() ウロビリ()			
実施日 年 月 日				
感染症	HBs抗原() HCV抗体() Wa-R() MRSA()			
実施日 年 月 日	血液型 型 Rh ()			
胸部X線	異常なし			
実施日 年 月 日	異常あり	所見	()	
	異常あり	所見	()	
心電図	異常なし			
実施日 年 月 日	異常あり	所見	()	
	異常あり	所見	()	
療養上のご意見等				