

診療情報提供書

ふりがな 氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	電話 () —		
現在の症状 及び 治療内容			
既往歴			
投薬処方			
四肢 及び 運動機能障害		精神 状態	認知症 (なし・軽度・中度・高度) 【所見】
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり：褥瘡・湿疹・疥癬・その他 () : 部位・程度 ()		
尿検査	蛋白 () 糖 () 潜血 () 実施日： 年 月 日		
感染症	HBs(+・-) Wa-R(+・-) HCV(+・-) MRSA(+・-) 実施日： 年 月 日		
血液検査	白血球 () 血清総蛋白 () K () 赤血球 () G O T () B U N() ヘモグロビン () G P T () アルブミン () ヘマトクリット () C R P () 尿酸 () 血小板 () Na () 血糖 () ヘモグロビンA1C () 検査日： 年 月 日		
胸部 X 線	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 【所見】 撮影日： 年 月 日		
心電図	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 【所見】 撮影日： 年 月 日		
上記のとおり診断いたします。		医療機関名： 所在地： 担当医氏名： ㊞	
平成 年 月 日			

※3ヵ月以内の検査データでお願いいたします。