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	□異常なし □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(　) ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝ（　）　G　P　T　（　）　ｸﾚｱﾁﾆﾝ　（　） ﾍﾏﾄｸﾘｯﾄ　（　）　C　R　P　（　）　尿　酸　（　） 血小板　（　）　Na　（　）　血　糖　（　） ﾍﾓｸﾞﾛﾋﾞﾝA1C（　）　検査日：　年　月　日		
胸部Ｘ腺	□異常なし　□異常あり 【所見】 撮影日：　年　月　日		
心電図	□異常なし　□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。 平成　年　月　日	医療機関名： 所　在　地： 担当医氏名：　㊞		

※３ヵ月以内の検査データでお願いいたします。