

診療情報提供書

フリガナ		性別	生年月日			
氏名	様	男・女	明・大・昭	年	月 日 (歳)	
住所	〒 _____ 電話 _____ () - _____					
現病歴						
既往歴						
経過・現症状 及び加療内容						
投薬内容						
禁忌 及び アレルギー						
身長	_____ cm	体重	_____ kg	血圧	_____ / _____ mmHg	
自立度	障害老人の日常生活自立度 : 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
	認知症老人の日常生活自立度 : 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
心電図	異常なし	異常あり	異常ありの場合は心電図を添付して下さい。			
胸部X線	異常なし	異常あり	異常ありの場合は写真を添付して下さい。			
検尿	糖 ()		蛋白 ()		潜血 ()	
血液検査	検査日 : 年 月 日					
	TP		Alb	GOT	GPT	BUN
	CRE		T.chl	TG	FBS	HbA1c
	WBC		RBC	Hb	Ht	PLT
感染症	HBS (抗原 -・+) (抗体 -・+)		HCV (-・+)		TPHA (-・+)	
	MRSA () 部位 ()		疥癬 (-・+)		時期 :	

平成 年 月 日

医療機関所在地

名 称

医 師 名 ⑩