

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 :						

令和 年 月 日

医療機関所在地

名 称

医 師 名

印