

# 診療情報提供書

患者氏名: 生年月日: M・T・S 年 月 日 歳(男・女)

患者住所: 電 話

病 名:

現 病 歴:

既 往 歴:

処方内容: (全科記入)

検査データ: 検査日: 年 月 日 (2週間以内のものでお願いします)

・RBC	万/ $\mu$ l	・Hb	g/dl	・Ht	%	・WBC	/ $\mu$ l	・Plat	万/ $\mu$ l
・CRP	mg/dl	・TP	g/dl	・Alb	g/dl	・Na		・K	・CL
・GOT		・GPT		・ $\gamma$ -GTP		・LDH		・T-Bill	mg/dl
・BUN	mg/dl	・Cr	mg/dl	・FBS	mg/dl	・HbA <sub>1c</sub>	%		

血 圧: ~ (測定日: 年 月 日)

感 染 症: M R S A ( ) 疥 癬 ( ) 結 核 ( ) 梅 毒 ( )  
HBs抗原 ( ) HCV抗体 ( ) その他 ( )

心 電 図: 正常範囲・所見有 ( )

胸部レントゲン: 所見 無・有 ( )

褥瘡・皮膚疾患: 無・有 ( 部位および程度: )

麻 痺: 無・有 ( 四肢麻痺 片麻痺: 右 左 単麻痺: 部位 )

拘 縮: 無・有 ( 部位: )

意識障害: 無・有 ( 昏睡・傾眠・混濁・その他: )

認 知 症: 無・有 ( 徘徊・独語・奇声・妄想・幻覚・その他: )

他精神障害: 無・有 ( )

酸素投与: 無・有 ( ) 気 切: 無・有 (型式: )

他の所見: 無・有 ( ) 吸 引: 無・有 (□8回以上/日の場合チェック)

平成 年 月 日

紹介医療機関名・診療科名

所在地

電話番号

医師氏名

印