

# 診 療 情 報 提 供 書

平成 年 月 日

医療機関 所在地  
 名 称  
 電話番号  
 担当医 印

利 用 者	(ふりがな) 氏 名			男 女
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
	住 所	〒  電 話		
主 疾 患		既 往 歴	1) (発病 年 月) 2) (発病 年 月) 3) (発病 年 月)	
主 疾 患 の 経 過				
現 在 の 処 方				
	点眼薬 無・有 ( 右・左 内容 : )			
身 長	cm	体 重	kg	

<3ヶ月以内のデータでお願いします(老人検診の結果でも結構です)> (検査日 年 月 日)			
検 査 所 見	1 血液・生化		
	WBC	ALT	クレアチニン
	RBC	ALP	BUN
	Hb	γ-GT	CRP
	Ht	HDL-cho	ナトリウム
	血小板	LDL-cho	カリウム
	TP	中性脂肪	クロール
	ALB	尿酸	血糖
	総ビリルビン	PT-INR(※)	HbA1C
	AST		
※ワーファリン服用中の方は必ずお願いいたします			
2 尿一般			
蛋白 ( + - )                      糖 ( + - )                      潜血 ( + - )			
3 感染症                      <必ずご記入ください>			
(3ヶ月以内の検査状況で結構です)                      (検査日 年 月 日)			
HBS抗原 ( + - )                      HCV抗体 ( + - )                      TPHA ( + - )			
MRSA ( + - ) [部位                      ] 疥癬 ( + - ) [時期                      ]			
4 心電図(異常があればコピー)		5 胸部X-P	
(検査日 年 月 日)		(検査日 年 月 日)	
そ の 他	・認知症の状況 徘徊 ( 有 無 )		
	・褥創 ( 有 無 ) 部位と状態		
	・処置 ( 有 無 )		
・最高血圧(平均)                      mmHg                      最低血圧(平均)                      mmHg			
療 養 上 の 注 意	上記所見により ・機能訓練の利用が <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能と思われる (注意事項)		
	・その他		

※この提供書の料金は利用者負担です。