

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) (検査日 年 月 日) | | 5 胸部X-P (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。