

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|-----|-------|-------|-------|---------------|------|-------|--------|---|---|----|---|--|---|---|
| 氏名 | | 男・女 | M・T・S | 年 | 月 | 日生 | 要介護度 | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | TEL | | | 認知症 | 有・無 | | | | | | | | |
| 〈 傷病名 〉 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〈 既往歴 〉 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〈 病状および治療経過 〉 | | | | | | 〈 現在の処方、処置等 〉 | | | | | | | | | | |
| 血圧 | | ／ | mmHg | 脈拍 | ／分 | 身長 | cm | 体重 kg | | | | | | | | |
| 〈 胸部×線所見 〉 | | | WBC | Cr | GOT | 〈 感染症等 〉 | | | | | | | | | | |
| | | | RBC | U-N | GPT | | | | HBs-Ag | + | - | | | | | |
| | | | Hb | U-A | rGPT | | | | HCV | + | - | | | | | |
| | | | Ht | Na | LDH | | | | TPHA | + | - | | | | | |
| | | | PLT | K | ALP | | | | MRSA | + | - | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | 疥癬 | + | - | | | | | | | | |
| 〈 心電図所見 〉 | | | T-P | Cl | T-BIL | 〈 アレルギー 〉 | | | | | | | | | | |
| | | | ALB | GLU | 尿蛋白 | | | | 真菌症 | + | - | | | | | |
| | | | T-CHO | HbA1c | 尿糖 | | | | 薬品 | | | + | - | | | |
| | | | TG | CRP | 尿潜血 | | | | | | | 食品 | | | + | - |
| | | | | | 尿ウビリ | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |