

## 診療情報提供書

氏名	男・女 M・T・S 年 月 日 満 歳			
住所				
主病名  (発症年月日)			既往歴  (発症年月日)	
			結核の既往歴 無 有	
合併症  (発症年月日)			現在の 処方	
治療経過				
チューブ他	無・有 (尿道カテーテル・人工肛門・胃瘻・その他 )			
痴呆・精神疾患	無・有 ( 軽度・中等度・高度・非常に高度 ) 問題行動( )			
皮膚疾患	・褥瘡 無・有 ( ) ・疥癬 無・有 ・その他( )			
アレルギー	・アレルギー 無・有 ( )			
食事制限	・カロリー制限 (            Kcal) ・塩分制限 (            g)			
血圧	/		身長                    cm	体重                    Kg

検査日    平成    年    月    日

血液検査		RBC		感染症	
TP		Hb		HBS抗原 ( + - )	EKG所見
アルブミン		Ht		HCV抗体 ( + - )	
AST		WBC		梅毒	
ALT				ガラス板	
T-CHO		尿		TPHA	
TG		蛋白		MRSA ( + - )	
UA		糖		部位	
BUN		潜血		※入所申込みのみ記入	
Cre		ウロビリ		肺炎球菌ワクチン接種	
CRP(定量)				未・済(    年    月)	
FBS				不明	
HbA1C(糖尿病患者)					胸部X-P所見

上記のとおり診断する	医療機関名	
平成    年    月    日	医師名	印