

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					電話	
傷病名						
現症状 (有)の場合具体的に書いて下さい						
意識障害 (有・無)						
呼吸器系 (有・無)						
筋骨格系 (有・無)						
皮膚疾患 (有・無)						
認知症 (有・無)						
循環器 (有・無)						
カテーテル類 (有・無)						
既往歴						
血圧	/	mmHg	脈拍	/	分	身長
						cm
						体重
						kg
検査						現在の処方
血算	WBC	RBC	Hb	Ht	Plt	
検査日:						
生化学	Tp	Alb	GOT	GPT	LDH	
	BUN	Cre	Na	K	Cl	
	BS	CRP	HbA1c	検査日:		
検尿	蛋白 ()	糖 ()	白血球 ()	潜血 ()	細菌 ()	
検査日:						
感染症系	HBs抗原(+・-)		HCV抗体(+・-)		TPHA(+・-)	
	MRSA(+・-)		+の場合の部位()			
検査日:						
胸部X-P	検査日:		ECG	検査日:		
所見			所見			