



診療情報提供書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム 市川あさひ荘 様

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

ふりがな		男	生年月日	M・T・S ・ ()
患者氏名		女		
患者住所		電話		

傷病名

既往歴及び家族歴、アレルギー(薬・食物)

病状及び治療経過

現在の処方(処方箋のコピーまたは薬剤情報のコピー添付でもかまいません)

利用中に注意すべき事項、リハビリ必要性及び実施状況

血液	赤血球		白血球		血色素数		ヘマトクリット		HBs抗原		MRSA	
	総コレステロール		中性脂肪		総蛋白質		BUN		HCV抗体		ワッセルマン氏反応	
	血清アルブミン		血糖		HbA1c		クレアチニン		梅毒(TPHA)			
	rGTP		GPT		GOT		Na		K			
尿	タンパク		糖		潜血		令和 年 月 日 (検査実施日)					

最近の血圧: / mmhg 体温 °C 身長= cm 体重= kg

心電図所見 検査 年 月 日 心疾患・認知

結核の既往 有 無
歳 部位
歳 部位
皮膚疾患(褥瘡・疥癬等)※既往も含めてご記入ください

胸部X-P 所見 検査 年 月 日