



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			M・T・S					
患者氏名				・	生年月日	・ ・ ()						
患者住所				女	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	℃		身長= cm 体重= kg				
心電図所見 検査 年 月 日					心疾患・認知 皮膚疾患(褥瘡・疥癬等)※既往も含めてご記入ください							
結核の既往 有 無												
歳 部位												
歳 部位												
胸部X-P 所見 検査 年 月 日												