診 療 情 報 提 供 書

氏名	フリガナ	□男 □女	生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日
現住所	〒 電話番号（ ） －		
傷病名	① 発症年月日 年 月 日		
	② 発症年月日 年 月 日		
	③ 発症年月日 年 月 日		
	④ 発症年月日 年 月 日		
	⑤ 発症年月日 年 月 日		

傷病の経過および治療内容

定期的な処方（詳しく）

療養上特に留意すべき事柄

【注】
胸部X－P撮影および心電図検査が不可能な場合は、その理由を記入してください。

血液検査所見（検査データのコピーでも結構です）
白血球（ ）赤血球（ ）Hb（ ）Ht（ ）血小板（ ）
TP（ ）Alb（ ）T-BIL（ ）GOT（ ）GPT（ ）γGTP（ ）
ALP（ ）LDH（ ）BUN（ ）Cre（ ）T-Chol（ ）中性脂肪（ ）
LDL-Chol（ ）HDL-Chol（ ）K（ ）Na（ ）CL（ ）
FBS（ ）HbA1c（ ） 実施日 年 月 日

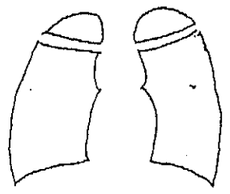
尿検査所見
糖（ ） 蛋白（ ） 潜血（ ） Ur（ ） 実施日 年 月 日

※ その他、傷病に関する検査結果等がある場合は記入して下さい。

問題となる既知の感染症（HCV、MRSA、疥癬など）
HCV－Ab（ ＋ ・ － ） 疥癬（ ＋ ・ － ）
HBs抗原（ ＋ ・ － ） その他（ ）
ﾜｯｾﾙﾏﾝ反応（ ＋ ・ － ）
MRSA（ ＋ ・ － ）

心電図
実施日 年 月 日

胸部
X－P



撮影日 年 月 日

身体の状態
麻 痺（ ） 部位（ ）
筋力低下（ ） 部位（ ）
関節拘縮（ ） 部位（ ）
褥 瘡（ ） 部位（ ）
体 重（ ）kg 身 長（ ）cm

上記のとおり診療情報を提供します。
年 月 日
医療機関名
所 在 地 〒
医 師 名