

## 診療情報提供書

氏名			男・女	生 年 月 日	大・昭	年 月 日 歳	
					西 暦		
診断名 現病歴	1		発 症 年 月 日	年	月	日	不詳
	2			年	月	日	不詳
	3			年	月	日	不詳
	4			年	月	日	不詳
	5			年	月	日	不詳
	6			年	月	日	不詳
<治療の経過>							
既往歴							
障害の有無	視 力	あり・なし	言 語	あり・なし			
	聴 力	あり・なし	その他				
	その他						
胸部写真	異常：あり・なし	※レントゲンが不可の時は喀痰検査か結核が解る血液検査をお願いします。					
皮膚疾患	異常：あり・なし	発疹・床ずれ 部位と程度：					
検 尿	蛋白（ ）	糖（ ）	潜血（ ）				
感染症	HBS抗原（ +・- ）	HCV抗体（ +・- ）					
	梅毒（ +・- ）	その他（ ）					
アレルギー	薬：あり（ ）・なし	食べ物：あり（ ）・なし					
投薬内容	薬手帳参照	・ 別途薬剤情報添付	身長	cm	体重	Kg	
診断日	年	月	日	病院名：			
				住 所：			
				電 話：			
				医師名：	⑩		

※血液は一般：赤血球・白血球・血小板・ヘモグロビン・ヘマトクリット・MCV・MCH・MCHC、  
 生化学：総ビリルビン・アルブミン・AST・ALP・γ-GTP・CK・総コレステロール・LDH・TG・  
 BUN・Cr・eGFR・血糖（糖尿病の方はHbA1c）・Na・K・Clを検査して下さい。

※検査データは必ず添付してください。