

診 療 情 報 提 供 書

(練馬区介護老人保健施設共用)

ふりがな	生 年 月 日	年 齢
氏 名	様 (男・女) 明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)
#1 現在治療中の疾患及び状態 発症年月	血液検査 (※検査用紙複写の添付時は、記載不要)	
	< 検査日 年 月 日 >	
#2 現在処方されている 内服薬および薬剤 (外用薬他含む) ※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。 ※インシュリン自己注射 無 ・ 有 (単位)	W B C	LDL-cho
	R B C	HDL-cho
	H b	T G
	H t	U A
	P l t	B U N
	T P	C r e a
	A l b	N a
	T - B i l	K
	G O T	C l
	G P T	C R P
A l - p	H b A 1 C	
γ - G T P	F B S	
#3 主な既往歴		PT-INR (ワーファリン服用時のみ)
※結核の既往 無 ・ 有		
身長	cm	体重
		kg
検	糖	(- ± +)
尿	蛋白	(- ± +)
	潜血	(- ± +)
◆ 特記事項 (項目にない事柄は、こちらにお書き添えください。)		
胸部 X 線	1.異常なし 2.異常あり (所見)	心電図
		1.異常なし 2.異常あり *コピー添付 検査日 年 月 日
感染症等	M R S A (- +) 咽頭・その他 ()	アレルギー (食物)
	B型肝炎 (抗原・抗体) (- +)	有 ・ 無 (薬)
	C型肝炎 (抗体) (- +) 検査日 年 月 日	皮膚疾患 (- +) 疥癬 (- +)
上記のとおり証明します。		梅毒 (- +) T P H A R P R
平成 年 月 日	医療機関名	住 所
	住 所	電 話 番 号
	電 話 番 号	医 師 名
	医 師 名	印

※ 各項目3ヶ月以内の情報をご記入戴けますようお願い申し上げます。