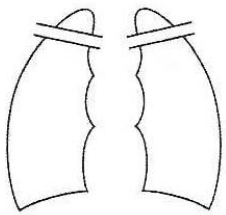


# 診 療 情 報 提 供 書

(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	L D L - c h o	
	R B C	H D L - c h o	
	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	
#3 主な既往歴  ※結核の既往 無 ・ 有	A l - p	H b A 1 C	
	γ - G T P	F B S	
	P T - I N R (ワーファリン服用時のみ)		
身長	cm	体重	kg
検	糖	( - ± + )	
尿	蛋白	( - ± + )	
	潜血	( - ± + )	
胸部 X 線	1.異常なし 2.異常あり (所見)	心電図	◆ 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。)
		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) ( - + )	皮膚疾患 ( - + ) 疥癬 ( - + )	
	検査日 年 月 日	梅毒 ( - + ) T P H A R P R	
上記のとおり証明します。		医療機関名	
平成 年 月 日		住 所	
		電 話 番 号	
		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。