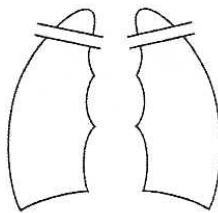


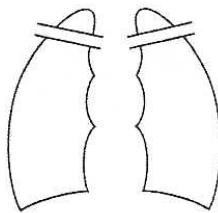
# 診療情報提供書

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)		
<p>#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。</p> <p>※インシュリン自己注射 無・有( 単位 )</p> <p>#3 主な既往歴</p> <p>※結核の既往 無・有</p>		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			
PT-INR(ワーファリン服用時のみ)				
身長 cm 体重 kg	検尿		糖 ( - ± + )	
血圧 / mmHg			蛋白 ( - ± + )	
			潜血 ( - ± + )	
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	◆ 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。)
	撮影日 年 月 日			
感染症等	MR 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	
			住 所	
			電話番号	
			医 師 名	印

※ 各項目 3ヶ月以内の情報を記入戴けますようお願い申し上げます。

# 診療情報提供書

<作成していただくにあたってのお願い>

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)																																																					
<b>#1 現在治療中の疾患及び状態</b> 発症年月 ※病名・発症年月だけでなく、これまでの経過・現在の状態等を出来るだけ詳しくご記入ください。 ※血液検査は右記項目すべての情報が必要となります。		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 > <table border="1"> <tr><td>W B C</td><td></td><td>LDL-cho</td><td></td></tr> <tr><td>R B C</td><td></td><td>HDL-cho</td><td></td></tr> <tr><td>H b</td><td></td><td>T G</td><td></td></tr> <tr><td>H t</td><td></td><td>U A</td><td></td></tr> <tr><td>P l t</td><td></td><td>B U N</td><td></td></tr> <tr><td>T P</td><td></td><td>C r e a</td><td></td></tr> <tr><td>A l b</td><td></td><td>N a</td><td></td></tr> <tr><td>T-B i l</td><td></td><td>K</td><td></td></tr> <tr><td>G O T</td><td></td><td>C l</td><td></td></tr> <tr><td>G P T</td><td></td><td>C R P</td><td></td></tr> <tr><td>A l-p</td><td></td><td>H b A 1 C</td><td></td></tr> <tr><td>γ-G T P</td><td></td><td>F B S</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3">PT-INR(ワーファリン服用時のみ)</td><td></td></tr> </table>	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		PT-INR(ワーファリン服用時のみ)			
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																																																				
PT-INR(ワーファリン服用時のみ)																																																						
<b>#2 現在処方されている 内服薬および薬剤(外用薬他含む)</b> ※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。 ※内服薬だけでなく、外用薬(点眼・湿布等)もあればご記入ください。また前医より継続処方・他院からの処方も含め、現在服用しているものすべてをご記入ください。 ※インシュリン自己注射 無・有(単位)																																																						
<b>#3 主な既往歴</b>  ※結核の既往 無・有																																																						
身長 cm	体重 kg	検尿	糖( - ± + )																																																			
血圧 /	mmHg		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。) ※日常生活を送る上での行動制限(リハビリ・食事・水分・入浴なども含む)や注意点、感染症等検査歴があればご記入ください。																																																			
	撮影日 年 月 日		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	MRSA( - + ) 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( - + )	TPHA RPR																																																			
上記のとおり証明します。		医療機関名																																																				
		住 所																																																				
年 月 日		電話番号																																																				
		医 師 名	印																																																			

※ 各項目3ヶ月以内の情報を記入戴けますようお願い申し上げます。

※各項目3ヶ月以内の情報を記入ください。

南池袋介護老人保健施設アバンセ  
豊島区南池袋4-6-1 Tel 03-5955-7370