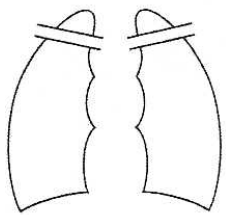


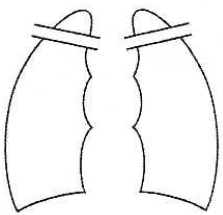
診 療 情 報 提 供 書

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)																																																					
		< 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="2">PT-INR (ワーファリン服用時のみ)</td> <td colspan="2"></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)																																																							
#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)																																																							
#3 主な既往歴 ※結核の既往 無 ・ 有																																																							
身長 cm 体重 kg		検 尿																																																					
血圧 / mmHg																																																							
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	◆ 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。)																																																			
						*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) (- +) 検査日 年 月 日	皮膚疾患 (- +) 疥癬 (- +)																																																					
		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																																																					
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。

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)																																																					
#1 現在治療中の疾患及び状態 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="2">PT-INR (ワーファリン服用時のみ)</td><td colspan="2"></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)																																																									
#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。 ※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)																																																									
#3 主な既往歴 ※結核の既往 無 ・ 有																																																									
身長 cm 体重 kg		検 尿 糖 (- ± +) 蛋白 (- ± +) 潜血 (- ± +)																																																							
血圧 / mmHg																																																									
胸部 X 線	1.異常なし 2.異常あり (所見)  撮影日 年 月 日	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。) ※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。																																																						
	感染症等 MRSA (- +) 咽頭・その他 () B型肝炎 (抗原・抗体) (- +) C型肝炎 (抗体) (- +) 検査日 年 月 日																																																								
		アレルギー (食物) 有 ・ 無 (薬) 皮膚疾患 (- +) 疥癬 (- +) 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 年 月 日 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。

※各項目 3 ヶ月以内の情報をご記入ください。