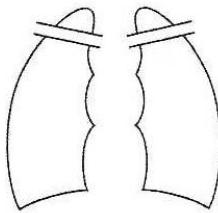


# 診療情報提供書

(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)	
<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>		WBC	LDL-cho
		RBC	HDL-cho
		Hb	TG
		Ht	UA
		Plt	BUN
		TP	Crea
		Alb	Na
		T-Bil	K
		GOT	Cl
		GPT	CRP
Al-p	HbA1C		
γ-GTP	FBS		
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 ( - ± + )
胸部X線	1.異常なし 2.異常あり (所見) 		心電図
撮影日 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。)
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
年 月 日			住所
			電話番号
			医師名
印			

※ 各項目3ヶ月以内の情報を記入戴けますようお願い申し上げます。

平和台介護老人保健施設アバンセ

練馬区平和台1-16-12 Tel 03-5922-2300