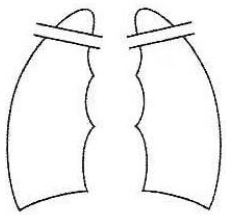


診療情報提供書

(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> <table border="1"> <tr> <td>WBC</td> <td></td> <td>LDL-cho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>RBC</td> <td></td> <td>HDL-cho</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td></td> <td>TG</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ht</td> <td></td> <td>UA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plt</td> <td></td> <td>BUN</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TP</td> <td></td> <td>Cre</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alb</td> <td></td> <td>Na</td> <td></td> </tr> <tr> <td>T-Bil</td> <td></td> <td>K</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GOT</td> <td></td> <td>Cl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>GPT</td> <td></td> <td>CRP</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Al-p</td> <td></td> <td>HbA1C</td> <td></td> </tr> <tr> <td>γ-GTP</td> <td></td> <td>FBS</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>		WBC		LDL-cho		RBC		HDL-cho		Hb		TG		Ht		UA		Plt		BUN		TP		Cre		Alb		Na		T-Bil		K		GOT		Cl		GPT		CRP		Al-p		HbA1C		γ-GTP		FBS	
WBC		LDL-cho																																																			
RBC		HDL-cho																																																			
Hb		TG																																																			
Ht		UA																																																			
Plt		BUN																																																			
TP		Cre																																																			
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)																																																					
#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		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	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。)																																																	
	 撮影日 年 月 日					*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																																																			
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。