
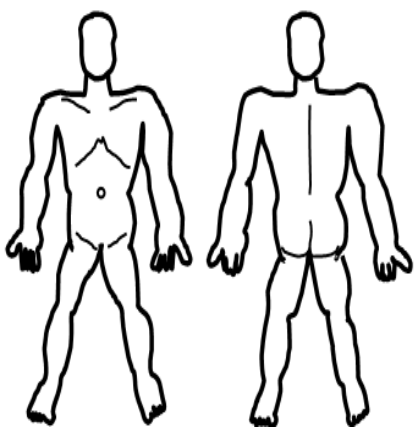


# 診療情報提供書

氏名	(男・女) M・T・S 年 月 日 (歳)																																																									
住所	TEL:						要介護度																																																			
<一般状態> 身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg 脈拍 拍/分 栄養状態 良・不良 <病名>		<胸部X線所見> 令和 年 月 日  ※異常のある方はフィルムまたはCDでの添付をお願いします。 <心電図所見> 令和 年 月 日 ※異常のある方はフィルムまたはCDでの添付をお願いします。																																																								
<現病歴・経過>		<血液検査> 令和 年 月 日 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>TP</td><td></td><td>γ-GTP</td><td></td><td>WBC</td><td></td></tr> <tr> <td>Alb</td><td></td><td>CHE</td><td></td><td>RBC</td><td></td></tr> <tr> <td>T-bil</td><td></td><td>BUN</td><td></td><td>Hb</td><td></td></tr> <tr> <td>LDH</td><td></td><td>Cre</td><td></td><td>Ht</td><td></td></tr> <tr> <td>GOT</td><td></td><td>Na</td><td></td><td>Plt</td><td></td></tr> <tr> <td>GPT</td><td></td><td>Cl</td><td></td><td>HbA1c</td><td></td></tr> <tr> <td>ALP</td><td></td><td>K</td><td></td><td>CRP</td><td></td></tr> </table> <感染症検査> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>TPHA</td><td></td><td>STS</td><td></td></tr> <tr> <td>HBsAg</td><td></td><td>HCVAb</td><td></td></tr> </table> <尿検査> 令和 年 月 日 糖 ( ) 蛋白 ( ) 潜血 ( )		TP		γ-GTP		WBC		Alb		CHE		RBC		T-bil		BUN		Hb		LDH		Cre		Ht		GOT		Na		Plt		GPT		Cl		HbA1c		ALP		K		CRP		TPHA		STS		HBsAg		HCVAb						
TP		γ-GTP		WBC																																																						
Alb		CHE		RBC																																																						
T-bil		BUN		Hb																																																						
LDH		Cre		Ht																																																						
GOT		Na		Plt																																																						
GPT		Cl		HbA1c																																																						
ALP		K		CRP																																																						
TPHA		STS																																																								
HBsAg		HCVAb																																																								
<既往歴> 結核の既往 有・無		<心理状態> 不安定・安定 <視覚障害> 有・無 <聴覚障害> 有・無 <見当識障害> 有・無 <言語障害> 有・無 <記憶障害> 有・無 <意識障害> 有・無 <昼夜逆転> 有・無 <失禁> 有・無 <排泄> 介助・自立 <徘徊> 有・無 <入浴> 特浴・介助浴・自立 <歩行障害> 有・無 (有の場合→ 使用)																																																								
<現在服用中の薬剤名>		<機能障害部位> *部位を図示してください 麻痺 有・無 褥瘡・皮膚疾患 有・無 関節拘縮 有・無 四肢欠損 有・無 筋力低下 有・無 その他の異常 有・無																																																								
後発薬への変更 可・否																																																										
<アレルギー> 薬物 有 ( ) ・ 無 食物 有 ( ) ・ 無																																																										
<食事の種類> 総カロリー kal 常食・特別食 (減塩 g)		その他の場合、情報等																																																								
<その他特記事項>																																																										