

診療情報提供書

年 月 日

紹介先
社会医療法人社団 健生会
あきしま相互病院
院長 山田 正和

紹介元
医療機関所在地
電話番号
医療機関名
医師氏名

いつも大変お世話になります。下記の診療情報の提供をよろしくお願いいたします。

フリガナ 氏名	生年月日 性別(男・女)	明・大・昭 年齢(歳)	年 月 日 初診
【傷病名】	4)	年 月 日	初診
1) 年 月 日	5)	年 月 日	初診
2) 年 月 日	6)	年 月 日	初診
3) 年 月 日	7)	年 月 日	初診
【紹介目的】			
【既往歴・家族歴】			
【症状・治療経過】			
【処方内容】			
障害老人日常生活自立度 正常 I1 I2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			
痴呆老人日常生活自立度 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
血压	尿検査 (蛋白:) (糖:) (潜血:)	身長	体重
	検査日 年 月 日	cm	kg
【検査値】		血色素	血清アルブミン
TPHA (- ・ +)	総Bil	総蛋白	
HBS (- ・ +)	GOT	アミラーゼ	
HCV (- ・ +)	GPT	コレステロール	
MRSA (- ・ +)	BUN	中性脂肪	
(喀痰・鼻腔・咽頭・尿・便)	クレアチニン	尿酸	
皮膚疾患 (- ・ +)	CRP	空腹時血糖	
疥癬 (- ・ +)		HbA1c	
褥瘡 部位・大きさ	検査日 年 月 日		
心電図所見(検査日 年 月 日)	胸部X線所見(撮影 年 月 日)		
肺結核 (- +) 所見	その他特記事項(処置内容等)		

〈注意事項〉

- * 貴院の診療情報提供書を活用される場合は、別途検査伝票を添付してください。
- * 心電図・胸部X-P・CT・MRI等あればプリントしたものを添付してください。
- * MRSAの検査は必須です。痰の喀出がある場合は、喀痰で検査を実施してください。
- * 尚、この情報提供書有効期間は6ヶ月とさせていただきます。