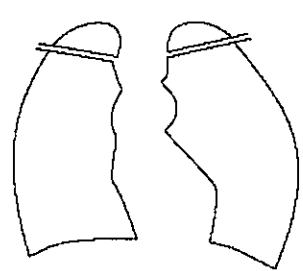


# 診療情報提供書 (入所・ショート用)

氏名:	男女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)			
住所:	連絡先TEL					
病名:						
既往歴:						
投薬:						
身長:	cm	体重:	kg 血圧: /			
検査施行日	年 月 日	施行日	年 月 日			
血液	白血球	尿	糖		心電図	
	赤血球		蛋白			
	血色素数		潜血			
	血小板数					
	ヘマトクリット					
血液	TP	感染症	梅毒	+		-
	アルブミン		HBs抗原	+		-
	T-BIL		HBs抗体	+		-
	GOT		HCV抗体	+		-
	GPT		MRSA (部位)			
	AL-P					
	LDH					
	γ-GTP					
	T-CHO			+	-	
	中性脂肪					
化学	血糖	褥瘡 (部位・大きさ)	有	無	胸部写真所見	
	尿酸					
	尿素窒素	皮膚疾患 (疾患名)	有	無		
	クレアチニン					
	Na					
	K	疥癬の既往	有	無		
	Cl					
CRP						
HbA1C						



結核 有・無

特記事項

上記の通り診断します。

令和 年 月 日

所在地

施設名

医師

印