

診療情報提供書

医療機関
所在地
電話番号
担当医

平成 年 月 日

フリガナ				生年月日	□M □T □S		
氏名	□男□女			年	月	日	歳
住所				日常生活自立度(寝たきり度) :			
				身長 :	体重 :		
				血圧 :	脈拍 :		
傷病名				精神疾患	□有 □無		
経病 過歴				認知症	□有 □無		
				感染症 疾患	結核の 既往	□有 □無	
				MRSAの 既存の有無	□有 □無		
				皮膚疾患の 有無と状態 (褥瘡・疥癬 等)	□有 □無		
既往歴 年月日				アレルギー (薬・食べ物 等)	□有 □無		
				定期受診	□有 □無		
総合 所見	【GH利用の可否】		リハビリテーションの必要性	現在の処方			
	□可 □否		□有 □無				
【利用中に注意すべき事項、機能訓練の現況および目標】:							
血 液	赤血球数		HBs抗原		尿	蛋 白	
	白血球数		HCV抗体			糖	
	ヘマトクリット		総蛋白質			潜 血	
	血色素数		G O T		梅毒 反応	ガラス板 凝集法	
	総コレステロール		G P T				
	中性脂肪		γ G T P		平成 年 月 日検査実施		
	クレアチニン		HbA1C				
血 沈		血 糖					
【心電図所見】:				【胸部X-P所見】:			
				【腹部X-P所見】:			