

☐ 診断書  
☒ 診療情報提供書

氏名	フリガナ		男女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳																										
傷病名	(1)		発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日																											
	(2)		発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日																											
	(3)		発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日																											
傷病の経過・治療内容  定期的な処方・その他外用				既往歴 (1) (2) (3)																										
胸部X線 検査日 年 月 日 右 左		心電図 検査日 年 月 日		身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg 禁忌・アレルギー																										
血液検査所見 検査日 年 月 日		<table border="1"> <tr> <td>WBC</td> <td>AST</td> <td>TP</td> <td>BUN</td> <td>BS</td> </tr> <tr> <td>RBC</td> <td>ALT</td> <td>Alb</td> <td>Cre</td> <td>HbA1c</td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td>γ-GTP</td> <td>TG</td> <td>Na</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>Ht</td> <td>ALP</td> <td>T-cho</td> <td>K</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plt</td> <td></td> <td>LDL</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				WBC	AST	TP	BUN	BS	RBC	ALT	Alb	Cre	HbA1c	Hb	γ-GTP	TG	Na	その他	Ht	ALP	T-cho	K		Plt		LDL		
WBC	AST	TP	BUN	BS																										
RBC	ALT	Alb	Cre	HbA1c																										
Hb	γ-GTP	TG	Na	その他																										
Ht	ALP	T-cho	K																											
Plt		LDL																												
尿検査所見 検査日 年 月 日 糖 ( ) 蛋白 ( ) 潜血 ( )																														
既知の感染症																														
身体の状態 麻痺 (－ ＋) 部位 失調不随意運動 (－ ＋) 部位 疥癬 (－ ＋) 部位 関節拘縮 (－ ＋) 部位 褥瘡 (－ ＋) 部位 その他特記 筋力低下 (－ ＋) 部位 皮膚疾患 (－ ＋) 部位																														
障害老人自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J 1 <input type="checkbox"/> J 2 <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 <input type="checkbox"/> B 1 <input type="checkbox"/> B 2 <input type="checkbox"/> C 1 <input type="checkbox"/> C 2																													
認知症老人自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M																													
上記の通り診断 診療情報提供します 令和 年 月 日 住所 医療機関名 医師名 tel fax																														

注 ①胸部X線撮影不可能のケースで呼吸器症状を有しているときは喀痰検査を実施して下さい。  
 ②胸部X線撮影及び心電図検査が不可能な場合は、その理由を記入して下さい。