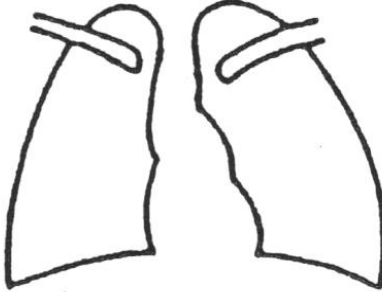


診療情報提供書

ふりがな		男・女	生 年 月 日	年 齡			
氏名			T・S 年 月 日生	歳			
住所	〒 一 寝屋川市						
身長	胸部所見 (直接 ・ 間接) ・異常あり ・異常なし 						
体重							
視力					右	良い ・ 普通 ・ 悪い	
					左	良い ・ 普通 ・ 悪い	
眼疾患					無 ・ 有 ()		
聴力					右	普通 ・ 不自由 ・ 不可	
	左	普通 ・ 不自由 ・ 不可					
言語	普通 ・ 不自由 ・ 不可			心電図(月 日) ・異常あり ・異常なし 所見			
認知症状							
I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M							
寝たきり自立度							
J A B C							
血圧		体温	℃				
麻痺	右	有 ・ 無			感染症の有無 <input type="checkbox"/> HBs 抗原 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> MRSA 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> HCV 抗体 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 疥癬 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> TPHA 定性 有 ・ 無		
	左	有 ・ 無			尿検査 糖 (+・-) 蛋白 (+・-) 潜血 (+・-)		
皮膚疾患	有 ・ 無			褥瘡 有 ・ 無 部位			
血液検査		月 日実施	※採血のデータのコピーでも可				
<input type="checkbox"/> GOT	()	<input type="checkbox"/> 白血球	()	<input type="checkbox"/> 尿素窒素	()		
<input type="checkbox"/> GPT	()	<input type="checkbox"/> 赤血球	()	<input type="checkbox"/> クレアチニン	()		
<input type="checkbox"/> 血清蛋白	()	<input type="checkbox"/> Ht	()	<input type="checkbox"/> 空腹時血糖	()		
<input type="checkbox"/> 総コレステロール	()	<input type="checkbox"/> Hb	()	<input type="checkbox"/> HbA1C	()		
<input type="checkbox"/> 中性脂肪	()	<input type="checkbox"/> 血小板	()				
既往歴、主病名、病歴及び治療内容(処置)							
投薬内容：コピーでも可							
上記のとおり診断します。							
年 月 日	住所	医療機関名	医師名	Ⓜ			