

診療情報提供書

ふりがな		男・女	生 年 月 日	年 齡				
氏名			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	℃		感染症の有無	尿検査		
麻痺	右	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> HBs 抗原	有 ・ 無	糖 (+ ・ -)		
	左	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> MRSA	有 ・ 無			
皮膚疾患	有 ・ 無		褥瘡	有 ・ 無	部位	<input type="checkbox"/> HCV 抗体	有 ・ 無	蛋白 (+ ・ -)
						<input type="checkbox"/> 疥癬	有 ・ 無	潜血 (+ ・ -)
						<input type="checkbox"/> TPHA 定性	有 ・ 無	
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	Ⓜ			