

診療情報提供書(健康診断書)

フリガナ 氏名				生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)		
住所	〒			電話			
身長	cm	体重	kg	血圧		脈拍	
胸部X線所見				心電図所見			
検尿	糖	(+ ・ -)		蛋白	(+ ・ ± ・ -)		
	潜血	(+ ・ ± ・ -)		ウロビリ	(+ ・ ± ・ -)		
褥瘡	無 ・ 有 (部位)						
(糖尿病の方)	HbA1c						
感染症	TPHA	(+ ・ -)		結核	(+ ・ -)		
	STS	(+ ・ -)		MRSA(鼻腔)	(+ ・ -)		
	HB s抗原	(+ ・ -)		疥癬	(+ ・ -)		
	HCV抗体	(+ ・ -)					
既往症							
現在の病名とその経過							
現在の処方						アレルギー (食べ物含む) 禁忌	
精神・認知等の状況							
その他の検査結果及び所見等							
<p>上記の状態なので施設入所については問題は(ない・ある)と認めます。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>医療機関 所在地 名称</p> <p>医師氏名 印</p>							