

診療情報提供書

医療機関 所在地
名称
電話
担当医

印

患者	ふりがな 氏名				男・女
	生年月日	明・大・昭	年	月	日生(歳)
病名	主病名				
合併症					
病歴と経過の概略をお知らせ下さい。					
現症の概略をお知らせ下さい。					
現在の治療内容と投薬内容をお知らせ下さい。 必ず使用すべき薬剤には○をつけて下さい。					
その他臨床検査での有意な所見がありましたらお知らせ下さい。 特に褥瘡のある場合、カテーテル類の留置がある場合、その旨お知らせ下さい。					

感染症についての有無と所見をお知らせ下さい。

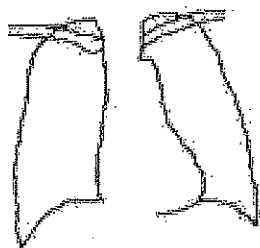
W氏反応 (+) ・ (-)

胸部X線像

所見

HBS抗原 (+) ・ (-)

HCV抗体 (+) ・ (-)



MRSA (+) ・ (-)

疥癬 (+) ・ (-)

※MRSAについて特に症状がなければ咽頭分泌物で検査をお願いします。

一般検査

尿	蛋白質		血液	白血球数	
	潜血			赤血球数	
	糖			ヘマトクリット	
	ウロビリノーゲン			ヘモグロビン	
	沈渣			血小板数	

生化学検査

総蛋白		総コレステロール	
アルブミン		中性脂肪	
総ビリルビン		尿素窒素	
C P K		尿酸	
G O T		クレアチニン	
G P T		ナトリウム	
γ-GTP		カリウム	
A L P		クロール	
L D H		カルシウム	
血糖		ヘモグロビンA1c	

生化学検査・心電図等で有意な所見をお知らせ下さい。
 (フィルム等を借用させて頂けませんでしょうか。必ずお返し致します。
 尚、心電図のデータのコピーも添付して下さい。)

その他お気づきの事がありましたらお知らせ下さい。

検査結果は上記の通りです。

平成 年 月 日

医療機関名

医師名

検査のうちHBS抗原、EKG、胸部X-P、MRSAなどで、すでに実施している場合は、
 3ヶ月以内のものであれば、その検査データを御使用下さい。