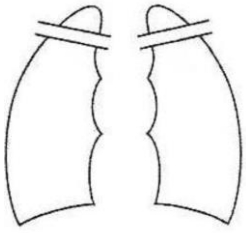


診 療 情 報 提 供 書

(練馬区介護老人保健施設共用)

フリガナ 氏名		生年月日		年齢 ()		
#1現在治療中の疾患及び状態 発症年月			血液検査 (※検査用紙複写添付時は、記載不要)			
#現在処方されている 内服薬および薬剤 (外用薬他含む) ※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。			<検査日 令和 年 月 日>			
			WBC		LDL-cho	
※インシュリン自己注射 <input type="checkbox"/> 無 () 単位)			RBC		HDL-cho	
			Hb		TG	
#主な既往歴			Ht		UA	
			Plt		BUN	
※結核の既往 <input type="checkbox"/> 無			TP		Crea	
			Alb		Na	
身長 cm 体重 kg			T-Bil		K	
			GOT		Cl	
血压 / mmHg			GPT		CRP	
			Al-p		HbA1C	
胸部X線  撮影日 令和 年 月 日			糖 ()			
			心電図 <input type="checkbox"/> 1. 異常あり <input type="checkbox"/> 2. 異常なし <input type="checkbox"/> *コピー添付 検査日 令和 年 月 日			尿蛋白 ()
◆ 特記事項 (項目にない事柄は、こちらにお書き添えください。)						潜血 ()
			感染症等 MRSA () 咽頭・その他 () B型肝炎 (抗原・抗体) () C型肝炎 (抗体) () 検査日 令和 年 月 日			アレルギー (食物) <input type="checkbox"/> 無 (薬)
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日						皮膚疾患 () 疥癬 ()
			医療機関名 住 所 電 話 番 号 医 師 名			梅毒 () <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> RPR
印						

※各項目3ヶ月以内の情報をご記入戴けますようお願い申し上げます。

医療法人社団翠会 介護老人保健施設練馬ゆめの木
練馬区大泉町2-17-1

TEL 03-3923-0222 FAX 03-3923-0242