

- 診断書
 診療情報提供書

氏名	フリガナ	男女	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳		
傷病名	(1)	発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日)			
	(2)	発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日)			
	(3)	発症年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日)			
傷病の経過・治療内容 定期的な処方・その他外用			既往歴 (1) (2) (3)		
胸部X線	検査日 年 月 日 右 左	心電図		検査日 年 月 日	身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg 禁忌・アレルギー
血液検査所見		検査日 年 月 日			
WBC	AST	TP	BUN	BS	
RBC	ALT	Alb	Cre	HbA1c	
Hb	γ-GTP	TG	Na	その他	
Ht	ALP	T-cho	K		
Plt		LDL			
尿検査所見	検査日 年 月 日	糖 () 蛋白 () 潜血 ()			
既知の感染症	HCV抗体 (- +) HBs抗原 (- +) TPHA (- +)				
身体の状態	麻痺 (- +) 部位 失調不随意運動 (- +) 部位 疥癬 (- +) 部位 関節拘縮 (- +) 部位 褥瘡 (- +) 部位 その他特記 筋力低下 (- +) 部位 皮膚疾患 (- +) 部位				
障害老人自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症老人自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
上記の通り診断 診療情報提供します					
令和 年 月 日		住所			
		医療機関名			
		医師名			
		tel		fax	

注 ①胸部X線撮影不可能のケースで呼吸器症状を有しているときは喀痰検査を実施して下さい。
 ②胸部X線撮影及び心電図検査が不可能な場合は、その理由を記入して下さい。