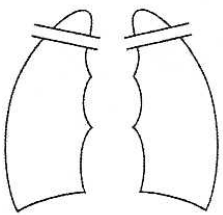


診 療 情 報 提 供 書

(練馬区介護老人保健施設共用)

ふりがな	生 年 月 日	年 齢	
氏 名	様 (男・女) 明治・大正・昭和	年 月 日 (歳)	
#1 現在治療中の疾患及び状態 発症年月	血液検査 (※検査用紙複写の添付時は、記載不要)		
	< 検査日 年 月 日 >		
#2 現在処方されている 内服薬および薬剤 (外用薬も含む) ※他医療機関からの処方についても記載をお願いします。 ※インシュリン自己注射 無 ・ 有 (単位)	W B C	L D L - c h o	
	R B C	H D L - c h o	
	H b	T G	
	H t	U A	
	P l t	B U N	
	T P	C r e a	
	A l b	N a	
	T - B i l	K	
	G O T	C l	
	G P T	C R P	
#3 主な既往歴 ※結核の既往 無 ・ 有	A l - p	H b A 1 C	
	γ - G T P	F B S	
	P T - I N R (ワーファリン服用時のみ)		
身長	cm	体重	kg
検	糖	(- ± +)	
尿	蛋白	(- ± +)	
	潜血	(- ± +)	
胸部 X 線	1.異常なし 2.異常あり (所見)	1.異常なし 2.異常あり	◆ 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。)
		心電図 *コピー添付 検査日 年 月 日	
感染症等	M R S A (- +) 咽頭・その他 ()	アレルギー (食物)	
	B型肝炎 (抗原・抗体) (- +)	有 ・ 無 (薬)	
	C型肝炎 (抗体) (- +)	皮膚疾患 (- +) 疥癬 (- +)	
	検査日 年 月 日	梅毒 (- +) T P H A R P R	
上記のとおり証明します。		医療機関名	
		住 所	
年 月 日		電 話 番 号	
		医 師 名	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。