診療情報提供書

老人保健施設　ハイム・ゾンネ　殿

令和　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名　　㊞

患者	氏　名		住所	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生		歳
紹介目的				
診断名				
既往歴				
現病歴及び現症	意思疎通：完全に通じる　　ある程度通じる　　ほとんど通じない 認知症：無　・　有（程度：　　） 問題行動：無　・　有（内容：　　）			
検査所見	血液検査 （　年　月　日）	WBC：　RBC：　Hb：　Ht：　Plt： Alb：　TP：　T-Bil：　ALT：　AST： γ-GTP：　LDH：　BUN：　Cre：　Na： K：　Cl：　T-Ch：　血糖：　HbA1C：		
	尿定性(　年　月　日)	蛋白：　糖：　潜血：　ウロビリノーゲン：　ケトン：		
	感染症(　年　月　日)	HBs抗原：（＋・－）　HCV抗体：（＋・－）　TPHA：（＋・－）		
処方薬		胸部X線所見 直接・間接　　年　　月　　日撮影		