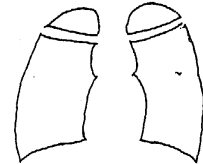


□ 診 断 書
□ 診 療 情 報 提 供 書

氏 名	フリガナ	□男 □女	生年月日			
			明治 大正 年 月 日 昭和			
現住所	〒 電話番号（ ） —					
傷病名	(1)	発症年月日 年 月 日				
	(2)	発症年月日 年 月 日				
	(3)	発症年月日 年 月 日				
傷病の経過および治療内容						
定期的な処方（詳しく）（□処方箋を添付のため記載省略）						
療養上特に留意すべき事柄						

【注】

- ① 胸部X-Pは、フィルムを添付してもかまいません。
- ② 胸部X-P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ください。
- ③ 胸部X-P撮影および心電図検査が不可能な場合は、その理由を記入してください。

血液検査所見（□検査結果を添付のため記載省略）			
GOT（ ）	GPT（ ）	Cre（ ）	血糖値（ ）
Na（ ）	K（ ）	ALB（ ）	Hb-A1c（ ）
WBC（ ）	RBC（ ）	Hb（ ）	PLT（ ）
			実施日 年 月 日
尿検査所見			
糖（ ）	蛋白（ ）	潜血（ ）	Ur（ ）
			実施日 年 月 日
問題となる既知の感染症			
心電図			
			実施日 年 月 日
胸部 X-P			
			
			撮影日 年 月 日
身体の状態			
麻 痺（ ）	部位（ ）		
筋力低下（ ）	部位（ ）		
関節拘縮（ ）	部位（ ）		
褥 瘡（ ）	部位（ ）		
その他特記すべきこと			
上記のとおり診療情報を提供します。			
年 月 日			
医療機関名			
所 在 地			
医 師 名			