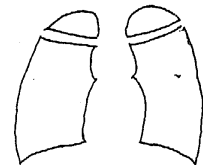


□ 診 断 書
□ 診 療 情 報 提 供 書

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			
※検査結果がある場合は添付下さい。			
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			