

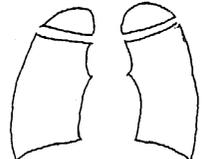
□ 診 断 書
□ 診 療 情 報 提 供 書

| | | | |
|--------------|-------------------------------|----------|---|
| 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) | | | |
| 療養上特に留意すべき事柄 | | | |

(川西市居宅・施設共通書式 2016/12)

【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 () | |
| 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 | |