

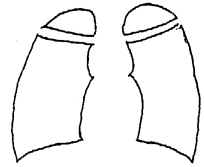
□ 診 断 書
□ 診 療 情 報 提 供 書

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	